

INDICE

INDICE.....	1
INTRODUZIONE.....	2
ANATOMIA DEL GINOCCHIO DEL CANE.....	4
ANATOMIA DEI LEGAMENTI CROCIATI.....	6
DINAMICA DEI LEGAMENTI CROCIATI.....	7
EZIOPATOGENESI DELLA ROTTURA DEL LEGAMENTO CROCIATO CRANIALE.....	9
DIAGNOSI OCCIDENTALE DELLA ROTTURA DEL LEGAMENTO CROCIATO CRANIALE..	12
TERAPIA OCCIDENTALE PER LA ROTTURA DEL LEGAMENTO CROCIATO CRANIALE...	14
IL GINOCCHIO NELLA MEDICINA TRADIZIONALE CINESE.....	16
BI-SINDROME: SINDROME OSTRUTTIVA DOLOROSA.....	20
TRATTAMENTO DELLA SINDROME OSTRUTTIVA DOLOROSA.....	29
MATERIALI E METODI.....	33
CASI CLINICI.....	37
CONCLUSIONI.....	64
BIBLIOGRAFIA.....	65

INTRODUZIONE

Il desiderio di risposte alle tante domande che la vita professionale pone ha permesso di orientare la mia attenzione verso metodiche terapeutiche alternative, in modo particolare l'agopuntura, in quanto non sono più d'accordo sull'eccessiva dipendenza da terapie che semplicemente sopprimono i sintomi e non attaccano le cause e sulla predisposizione all'intervento chirurgico anche quando sono disponibili metodi meno drastici e non invasivi.

Da oltre 4000 anni l'agopuntura è una disciplina appartenente alla sfera della medicina tradizionale cinese accanto a fitoterapia, massaggio e manipolazioni (tuina), dietoterapia e tecniche di rilassamento psicofisico (qi-gong).

Nel testo più antico dedicato a questa disciplina, il Neijing Suwen (I-II sec. a.C.), si legge che l'agopuntura non serve unicamente a curare le patologie conclamate, ma anche e soprattutto a prevenirle, conservando la buona salute.

Questa metodica è stata impiegata nel corso dei secoli per curare le più svariate affezioni, ottenendo in molti casi soddisfacenti risultati.

Anticamente il peggior flagello dell'umanità erano le malattie infettive che causavano la morte di milioni di persone, anche se le patologie algiche, soprattutto quelle osteoarticolari, creavano non pochi problemi di limitazione fisica al movimento. Con la scoperta e l'utilizzo della penicillina, avvenuta nel 1940, la medicina occidentale ha potuto riscattarsi nella lotta contro virus e batteri. Ciò ha portato a ottimi risultati nella terapia della maggior parte delle patologie infettive, attraverso la sintesi di farmaci antibatterici, antivirali e la vaccinoterapia.

Tali risultati non sono però stati ottenuti nella terapia delle patologie muscolo-scheletriche, ad eccezione dell'approccio chirurgico che ha comunque un campo di applicazione ristretto. I farmaci disponibili per la patologia osteoarticolare (FANS, corticosteroidi, immunosoppressori, oppiacei, ecc,) spesso non danno risultati soddisfacenti, presentando inoltre effetti collaterali soprattutto a carico dell'apparato gastroenterico, delle cellule ematiche, del sistema immunitario e dei parenchimi, oltre a costi terapeutici elevati.

Attualmente una corretta pratica dell'agopuntura nelle patologie muscolo-

scheletriche può offrire notevoli vantaggi rispetto alla Medicina Occidentale, rappresentati da maggior efficacia, bassi costi, assenza di controindicazioni ed effetti collaterali.

In relazione a ciò ho potuto indirizzare il mio interesse a quei pazienti che, sottoposti a terapie allopatiche, non traevano benefici e a pazienti che non potevano essere sottoposti ad interventi chirurgici per l'elevato rischio, legato all'età avanzata o a particolari situazioni patologiche.

L'utilizzo dell'agopuntura in questi soggetti mi ha permesso di evitare di sottoporli ad inutili rischi per la loro salute in quanto l'alternativa all'intervento chirurgico rimaneva comunque la somministrazione di farmaci con le conseguenze suindicate.

In particolare questo lavoro affronta l'utilizzo dell'agopuntura in una delle più frequenti emergenze ortopediche, soprattutto nei cani anziani, ovvero la rottura del legamento crociato craniale.

I danni sul legamento crociato possono esitare in una parziale o completa rottura del legamento stesso, con conseguente instabilità dell'articolazione, comparsa di zoppia e limitazione funzionale al movimento. Questa patologia viene tradizionalmente trattata, in medicina occidentale, prevenendo l'eccessivo e anormale movimento cranio-caudale della tibia, utilizzando tecniche chirurgiche che saranno trattate successivamente.

I risultati di questo lavoro sono stati a dir poco entusiasmanti non solo per me e i proprietari dei pazienti sottoposti a questo trattamento ma soprattutto per i pazienti stessi che hanno ottenuto una riabilitazione motoria soddisfacente in seguito a stabilizzazione dell'articolazione, riduzione dell'infiammazione e dell'edema ed un miglioramento della loro qualità di vita in generale.

ANATOMIA DEL GINOCCHIO DEL CANE

Il ginocchio è un'articolazione piuttosto complessa, formata da due componenti: l'articolazione femoro-rotulea, che si stabilisce tra la superficie articolare della rotula e la troclea dell'epifisi distale del femore, e l'articolazione femoro-tibiale, che si stabilisce tra i due condili dell'epifisi distale del femore e i condili dell'epifisi prossimale della tibia.

Le incongruenze esistenti tra la tibia e il femore sono occupate da due strutture fibrocartilaginee, i menischi, dei quali uno è posto tra i condili mediali e l'altro tra i condili laterali di femore e tibia.

Nel cane, come in tutti i carnivori, l'articolazione è completata caudalmente e sopra ciascun condilo femorale da un piccolo sesamoide, o fabella, incluso nei tendini di origine del muscolo gastrocnemio. Un terzo piccolo sesamoide si trova nel tendine d'origine del muscolo popliteo e si articola con la superficie caudale del condilo laterale della tibia.

La rotula, o patella, è, invece, un grosso sesamoide di forma ovalare e schiacciato cranio-caudalmente, posto nel solco trocleare del femore e compreso nel tendine d'inserzione del muscolo quadricipite femorale. I lati della rotula si prolungano nella fascia femorale mediante le fibrocartilagini parapatellari mediale e laterale, che si incontrano dorsalmente, aiutando a prevenire la dislocazione della patella.

La capsula articolare del ginocchio è formata da tre sacchi, tutti intercomunicanti: due sacchi sono situati tra i condili del femore e della tibia e il terzo è posto sotto la patella.

I legamenti meniscali tengono legati i menischi alla tibia e al femore e sono sei:

- I legamenti tibiali craniali dei menischi, che dalla parte laterale di ciascun menisco si portano rispettivamente alla parte laterale e mediale dell'area intercondiloidea craniale della tibia;
- i legamenti tibiali caudali dei menischi, dei quali il laterale si estende dall'angolo caudale del menisco laterale all'incisura poplitea della tibia, mentre il mediale va dall'angolo caudale del menisco mediale fino all'area intercondiloidea caudale della tibia;
- il legamento femorale del menisco laterale, che rappresenta l'unico attacco

femorale dei menischi e va dall'angolo caudale del menisco laterale alla parte interna del condilo mediale del femore;

- il legamento trasverso o intermeniscale, che unisce gli angoli craniali dei due menischi.

I legamenti femorotibiali sono rappresentati dai legamenti collaterali ed i legamenti crociati. Dei legamenti collaterali laterale e mediale il primo origina dall'epicondilo laterale del femore e, sdoppiandosi, termina con una branca sull'epifisi prossimale della fibula e con l'altra sul condilo laterale della tibia, il secondo, invece, si estende tra l'epicondilo mediale del femore e il bordo mediale della tibia, circa 2 cm. distalmente al condilo tibiale mediale.

I legamenti crociati craniale e caudale sono localizzati all'interno della capsula articolare, nella fossa intercondiloidea del femore tra i due sacchi sinoviali dell'articolazione femorotibiale e si portano entrambi alla spina tibiale.

Il legamento patellare è rappresentato dalla porzione distale del tendine d'inserzione del muscolo quadricipite femorale e si porta dall'apice distale della rotula alla tuberosità tibiale.

Tale legamento risulta separato dalla capsula articolare tramite il corpo adiposo infrapatellare, particolarmente spesso nella sua parte distale.

La rotula è mantenuta nella troclea del femore in particolar modo dalla fascia laterale e da quella mediale del femore, supportate in questa loro funzione dai legamenti femoropatellari laterale e mediale: il laterale va dal bordo laterale della rotula alla fabella posta nel capo laterale del muscolo gastrocnemio, il mediale si fonde con il periostio dell'epicondilo mediale del femore.

ANATOMIA DEI LEGAMENTI CROCIATI

I legamenti crociati sono nel ginocchio strutture fondamentali, in quanto regolatori del movimento articolare. Sono distinti in craniale o anteriore e caudale o posteriore.

Il legamento crociato craniale parte da una fossetta posteriore sulla faccia mediale del condilo laterale del femore e, dopo aver attraversato obliquamente la fossa inercondiloidea, in senso medio-laterale e prossimo-distale, termina sull'area inercondiloidea craniale della tibia. Lungo il suo percorso esso descrive una spirale laterale esterna in direzione prossimo-distale di circa 90°. Durante la flessione del ginocchio il legamento si curva e si torce su se stesso.

Il legamento crociato caudale parte da una fossetta della faccia ventro-laterale del condilo mediale del femore e raggiunge la porzione mediale dell'incisura poplitea della tibia. Lungo il suo percorso forma una spirale con lieve intrarotazione e durante la flessione del ginocchio anch'esso si torce leggermente su se stesso. Il legamento crociato caudale, leggermente più lungo e largo del craniale, si trova rispetto a quest'ultimo in posizione mediale e si incrocia con esso.

Da un punto di vista istologico i due legamenti crociati sono costituiti da fasci di fibre collagene orientate longitudinalmente e parallele le une alle altre. Tale disposizione regolare delle fibre offre una maggiore resistenza alla trazione, per cui le strutture che ne risultano sono in grado di resistere, senza lacerarsi, a forze anche notevoli.

Per consentire un graduale passaggio dal tessuto flessibile del legamento a quello rigido dell'osso, tra le due strutture è posta una zona di transizione fibrocartilaginea, che impedisce la concentrazione di stress nel sito di inserzione.

I legamenti crociati sono ricoperti dalla membrana sinoviale, dalla quale deriva la maggior parte della loro vascolarizzazione. Essi sono raggiunti da rami delle arterie genicolari mediale e laterale, dall'arteria poplitea e dal ramo terminale dell'arteria genicolare discendente, che penetra direttamente sull'inserzione femorale del legamento crociato caudale. Sono, inoltre, vascolarizzati da vasi che scorrono nella membrana sinoviale che ricopre i legamenti; da questi vasi sinoviali o paralegamentosi hanno origine altri vasi più piccoli, che, penetrando nel legamento trasversalmente, formano delle anastomosi con i vasi longitudinali endolegamentosi.

DINAMICA DEI LEGAMENTI CROCIATI

Ciascuno dei due legamenti crociati risulta dall'associazione di due componenti, che funzionano in maniera indipendente l'una dall'altra durante i movimenti di flessione e di estensione del ginocchio.

Il legamento crociato craniale è diviso in una banda cranio-mediale, che rimane tesa sia durante l'estensione che durante la flessione, e in una parte caudo-laterale, che è tesa durante l'estensione e rilassata durante la flessione.

Il legamento crociato caudale è distinto, invece, in una parte craniale, che è rilassata durante l'estensione e tesa durante la flessione, e una parte caudale, che al contrario è tesa durante l'estensione e rilassata durante la flessione.

La stabilità dell'articolazione del ginocchio è dovuta proprio ai legamenti crociati, che ne regolano i movimenti, prevenendo lo slittamento craniale o caudale della tibia sul femore, limitando la rotazione interna della tibia sul femore e opponendosi all'iperestensione del ginocchio.

In un'articolazione sana, durante la flessione il legamento collaterale laterale si rilascia, il condilo tibiale laterale si sposta cranialmente e la tibia subisce una rotazione interna sul femore.

Quando, invece, il ginocchio si estende, entrambi i legamenti collaterali si tendono, il condilo laterale della tibia si sposta caudalmente rispetto al condilo femorale laterale e, dunque, si ha la rotazione esterna della tibia sul femore. Durante i movimenti di flessione, la rotazione interna della tibia sul femore è limitata dalla torsione l'uno sull'altro dei legamenti crociati. Essi non hanno, invece, alcun effetto individuale nel limitare la rotazione esterna della tibia sul femore, a cui si oppongono solo i legamenti collaterali, entrambi durante l'estensione e solo il mediale durante la flessione. Pertanto un'eccessiva rotazione esterna si ha solo quando alla lesione del legamento crociato craniale si associa una lesione ad uno dei legamenti collaterali, soprattutto il collaterale mediale, mentre la rottura di entrambi i legamenti crociati è responsabile di un'abnorme rotazione interna della tibia. I legamenti crociati sono anche responsabili della stabilità cranio-caudale del ginocchio; in particolare, il legamento crociato craniale si oppone allo spostamento craniale della tibia sul femore, il legamento crociato caudale si oppone allo spostamento caudale. La

principale struttura che impedisce lo spostamento anteriore della tibia sul femore è la banda cranio-mediale del legamento crociato craniale, in quanto essa risulta tesa sia in estensione che in flessione; se questa componente viene danneggiata, allora subentra l'azione della parte caudo-laterale del legamento, che, però, garantisce la stabilità dell'articolazione solo durante l'estensione, ma non in flessione, caso in cui risulta rilassata. Gli effetti individuali sulla stabilità articolare delle due componenti del legamento crociato caudale, a differenza di quanto accade per l'altro crociato, sono minimi.

In ultimo, come già anticipato, il legamento crociato craniale impedisce l'iperestensione del ginocchio grazie alla tensione che si instaura durante l'estensione; solo se dovesse danneggiarsi, verrebbe sostituito in questa sua funzione dal legamento collaterale mediale e dal legamento crociato caudale.

EZIOPATOGENESI DELLA ROTTURA DEL LEGAMENTO CROCIATO CRANIALE

Diversi studi hanno dimostrato che le lesioni dei legamenti crociati riguardano nella maggior parte dei casi il craniale, poiché il crociato caudale è protetto dai movimenti estremi da legamenti e strutture articolari adiacenti.

La rottura del legamento crociato craniale è la più comune lesione del ginocchio del cane. Tale rottura può essere totale o parziale; quest'ultima si può verificare a carico della sola banda cranio-mediale, durante la flessione del ginocchio, soprattutto se accompagnata da rotazione interna, o a carico della banda caudo-laterale, durante l'iperestensione dell'articolazione. L'avulsione dell'origine del legamento crociato craniale è, invece, considerata rara; essa si verificherebbe nei cani molto giovani e, dunque, con scheletro immaturo.

La rottura del legamento crociato craniale non è quasi mai causata da un trauma, bensì la conseguenza dell'azione di molteplici fattori predisponenti, quali le variazioni di conformazione (come le deformazioni valga e vara del ginocchio) e gli stress reiterati di lieve entità. La lesione, spesso bilaterale, è stata osservata in cani di tutte le taglie, ma con maggior frequenza in quelli di peso superiore ai 15-20 kg, e soprattutto nei soggetti sovrappeso e di età superiore ai cinque anni.

L'ipotesi più accreditata riguardo all'eziologia della rottura del legamento crociato craniale è quella degenerativa: la sedentarietà, derivante dalla età avanzata e dall'obesità, potrebbe spiegare la comparsa di lesioni degenerative ai legamenti crociati.

È stato anche ipotizzato, in base a delle ricerche che hanno evidenziato immunocomplessi antifibre dei legamenti crociati sia nel siero che nel liquido sinoviale, che la degenerazione del legamento crociato craniale possa essere causata da un processo immunomediato.

Secondo alcuni studi sulla biomeccanica dell'articolazione del ginocchio l'inclinazione del plateau tibiale rispetto all'asse della tibia stessa rappresenta un fattore determinante nella patogenesi delle rotture del legamento crociato craniale. Tale inclinazione, che nel cane varia da 18° a 60°, con una media di 24°, sarebbe responsabile dell'intensità della spinta tibiale craniale, ossia di quella forza, generata

dalla compressione tra femore e tibia durante il carico ponderale, che provoca la traslazione craniale della tibia prossimale: più l'inclinazione è elevata, maggiore sarebbe la spinta craniale della tibia. Questa spinta è normalmente contrastata da meccanismi attivi, i muscoli, e passivi, il legamento crociato craniale e i menischi. Pertanto essa sarebbe responsabile di microtraumi ripetuti su un legamento già in degenerazione, determinandone una rottura parziale, che diviene poi completa con la progressione della malattia.

La causa meno frequente è, invece, il trauma. Poiché, come sappiamo, il legamento crociato craniale limita la rotazione interna della tibia sul femore, un danno a suo carico può avvenire quando l'animale in corsa effettua una svolta improvvisa a 180° facendo perno, con l'intero peso del corpo, sull'arto posteriore interno alla curva; in queste condizioni la tibia è costretta ad un'eccessiva rotazione interna e il condilo laterale del femore può agire sul legamento crociato craniale, causandone la rottura o l'allentamento per lacerazione della sua inserzione. Un altro meccanismo che potrebbe portare alla lacerazione traumatica del legamento crociato craniale può verificarsi nel caso in cui, durante la corsa, un arto posteriore resti intrappolato in una buca, perchè in questa condizione la tibia viene fissata e l'articolazione improvvisamente iperestesa. In quest'ultima condizione un'ulteriore iperestensione può causare la rottura anche del legamento crociato caudale..

qualunque sia la causa, dalla rottura del legamento crociato craniale deriva una instabilità persistente dell'articolazione del ginocchio, che determina infiammazione della capsula articolare e della membrana sinoviale, degenerazione della cartilagine articolare, produzione di osteofiti periarticolari e danni ai menischi.

La lesione meniscale più frequentemente associata alla rottura del legamento crociato craniale interessa il menisco mediale e ciò è dovuto alla sua notevole stabilità rispetto a quella del menisco laterale, che risulta, invece, più libero e mobile. Quando il legamento crociato si rompe, si ha un incremento della rotazione interna della tibia sul femore, che porta il condilo mediale del femore ad esercitare un'eccessiva forza torsionale sul menisco mediale; questa azione di torsione può, quindi, determinare una distensione del margine concavo interno del menisco e lacerarlo trasversalmente. In alcuni casi il menisco viene schiacciato tra i condili mediali di femore e tibia; quando a questa forza di compressione se ne aggiunge una rotazionale, si può avere

una lacerazione longitudinale nella porzione mediale del menisco. Quest'ultima lesione è definita "lacerazione a manico di secchio", quando la porzione mediale del menisco lacerata risulta dislocata nell'articolazione. Durante l'estrema flessione è il corno caudale del menisco mediale ad essere compresso tra femore e tibia, per cui, in questa posizione, le forze di rotazione possono lacerare la sua inserzione caudale, permettendo al corno di muoversi quasi liberamente.

DIAGNOSI OCCIDENTALE DI ROTTURA DEL LEGAMENTO CROCIATO CRANIALE

in seguito alla lesione del legamento crociato craniale il paziente presenta dolore intenso all'arto colpito, che lo costringe ad una zoppia molto accentuata. Trascorse una o due settimane, la zoppia comincia a migliorare grazie alla regressione dell'infiammazione, al riassorbimento dell'emartro e all'ispessimento della capsula articolare. Mancando, però, l'integrità e quindi la funzione del legamento crociato craniale, non viene ripristinata la stabilità articolare, per cui le lesioni degenerative o i danni meniscali progrediscono fino a determinare nuovamente la riacutizzazione dei segni clinici. La diagnosi di rottura del legamento crociato craniale, di solito, viene effettuata con il solo esame clinico.

Il primo passo verso la diagnosi consiste nell'identificare il soggetto e nello stabilire se ha subito un trauma o se la zoppia è comparsa improvvisamente durante la normale attività.

L'ispezione va eseguita con il soggetto prima in stazione, poi in movimento, osservato posteriormente e lateralmente, per verificare la presenza di deformazioni vara o valga del ginocchio, l'angolo articolare e il tipo di zoppia.

Si passa poi alla palpazione con il paziente in stazione e in decubito laterale per verificare la presenza di atrofia muscolare, dolore, gonfiore, nonché aumento o riduzione del range dei movimenti dell'articolazione. Se sono presenti concomitanti lesioni al menisco mediale, in alcuni casi il segmento di menisco che si muove liberamente, in un corno caudale o in una lesione a manico di secchio, può dislocarsi nell'articolazione e interferire con la completa estensione o flessione; oppure, il corno caudale, relativamente libero dopo lacerazione, può subire un ripiegamento craniale quando il condilo femorale passa su di esso e produrre un rumore udibile o trasmesso di scatto, ossia il cosiddetto "click meniscale".

Per valutare la stabilità articolare in senso cranio-caudale, due sono le manovre comunemente utilizzate: il test del cassetto craniale e il test di compressione tibiale.

Il test del cassetto craniale deve essere eseguito sull'animale rilassato, meglio se in

sedazione o anestesia generale, soprattutto nei cani di grossa taglia, per eliminare la possibilità di falso-negativi causati dalla contrazione dei muscoli della coscia, che conferiscono maggiore stabilità all'articolazione. La manovra si effettua ponendo il palmo di una mano sulla faccia cranio-prossimale della tibia con ambedue i pollici posti nella fossa poplitea. Si forza, quindi, la tibia in senso cranio-caudale: in caso di legamento integro, nessuno spostamento è possibile: in caso di rottura del legamento crociato craniale, la tibia si sposta cranialmente rispetto al femore e l'arresto di questa traslazione anteriore è morbido e progressivo, mentre lo spostamento in senso caudale è brusco per la resistenza offerta del legamento crociato caudale. Possono aversi dei casi di falsi-negativi, quando la lesione sia ormai cronica e accompagnata da fibrosi periarticolare. Secondo alcuni autori sono possibili casi di falsi-positivi negli animali molto giovani a causa della loro maggiore, ma fisiologica, lassità legamentosa.

In alternativa o in aggiunta al test del cassetto craniale si può eseguire il test di compressione tibiale.

Esso si effettua tenendo il palmo di una mano sulla faccia craniale del ginocchio, mantenuto in semiflessione, con il dito indice della stessa mano sposto il legamento tibio-rotuleo fino a toccare la cresta tibiale. Contemporaneamente, con l'altra mano si esegue una flessione dell'articolazione tibio-tarsica, agendo sulla regione del metatarso. In questa maniera si ottiene una tensione sui gemelli della gamba e sul tendine di Achille e, pertanto, la tibia viene forzata alla traslazione anteriore. Se il legamento crociato craniale è integro, con la punta dell'indice non si avvertirà nessuno spostamento della cresta tibiale. In caso di rottura del legamento crociato craniale, la tibia si sposta cranialmente rispetto al femore e tale spostamento sarà avvertito dal dito indice posto sulla cresta tibiale. Tale manovra, per la facilità d'esecuzione, può essere utilizzata quando l'inesperienza dell'esecutore o il mancato rilassamento da parte degli animali di grossa taglia non permettono di eseguire il test del cassetto craniale; è poco adatta, però, per valutare la lassità articolare in cani di piccola taglia, in quanto afferrando la coscia in tutta la sua circonferenza, si determina un aumento della stabilità del ginocchio e, quindi, un risultato falsamente negativo.

TERAPIA OCCIDENTALE PER LA ROTTURA DEL LEGAMENTO CROCIATO CRANIALE

La maggior parte dei cani con lesioni al legamento crociato craniale richiedono un intervento chirurgico, solo un piccolo numero migliorerà con terapia conservativa.

Quest'ultima consiste per lo più in trattamenti antinfiammatori e diverse settimane di riposo in gabbia, con brevi passeggiate al guinzaglio solo per i bisogni. Una piccola percentuale di cani può recuperare con il riposo in gabbia, in genere questi cani sono di piccola taglia. Anche i cani che recuperano possono ripresentare lesioni al ginocchio in futuro, o addirittura lacerare il legamento crociato sull'altro ginocchio.

In generale, in caso di intervento chirurgico, la prognosi è buona.

Nel corso degli anni sono state descritte diverse modalità di trattamento per stabilizzare l'articolazione del ginocchio in seguito a rottura del legamento crociato craniale.

Tuttavia quelle che sono considerate ad oggi le tecniche chirurgiche maggiormente utilizzate sono TTA (tibial tuberosity advancement) e TPLO (tibial plateau leveling osteotomy), limitando il trattamento chirurgico con metodiche extracapsulari ai pazienti di piccola taglia e ai gatti nei casi in cui non rientrino nei criteri di selezione di TTA e TPLO.

Queste tecniche sono finalizzate a stabilizzare il ginocchio attraverso osteotomie in grado di modificarne la struttura annullando la funzione stabilizzatrice del legamento crociato craniale che a questo punto non serve essere ricostruito.

Con la TPLO viene eseguito un taglio nella parte superiore della tibia (plateau tibiale), poi il plateau tibiale viene ruotato per cambiare l'angolo e viene fissata una piastra metallica per mantenere l'osso in posizione. Nel corso di diversi mesi, l'osso guarisce nella sua nuova posizione. Un parziale miglioramento può essere visto in pochi giorni, tuttavia, per il pieno recupero occorrono diversi mesi, un periodo di permanenza in gabbia è essenziale.

Un più recente metodo chirurgico è chiamato TTA. come la TPLO, la TTA permette al ginocchio di funzionare senza un legamento crociato.

Con la TTA, attraverso un taglio lineare si mobilita la tuberosità tibiale per far

avanzare cranialmente il tendine tibio-rotuleo fino a creare un angolo di 90° con il piatto tibiale. In questo modo, le forze del ginocchio che presupponiamo essere parallele al tendine stesso, scaricano perpendicolarmente al piatto tibiale senza generare scivolamento anteriore della tibia e quindi instabilità. La nuova posizione della tuberosità tibiale viene mantenuta da uno spessore (cage) e bloccata da una placca con viti e forchetta.

Nella procedura chirurgica tradizionale detta "intervento extracapsulare" il legamento danneggiato viene rimosso e un filo robusto va a sostituire la funzione del legamento stesso. Questa è una procedura relativamente rapida e semplice che può avere successo soprattutto in cani di media e piccola taglia. Il successo a lungo termine non è eccellente.

IL GINOCCHIO NELLA MEDICINA TRADIZIONALE CINESE

Nel pensiero cinese non troviamo una distinzione tra fenomeni degenerativi e infiammatori della cartilagine o di altri componenti dell'articolazione come i legamenti, le membrane sinoviali od altro; la medicina tradizionale cinese, medicina tipicamente energetica, sembra sbrigarsela, convogliando tutto quello che riguarda la patologia articolare nella SINDROME BI: lo xiè o fattore patogeno esterno, che sia freddo, vento, umidità, calore, penetra in profondità, determinando un'alterazione nello scorrere dell'energia e del sangue nei meridiani principali e secondari e questo rallentamento provoca in prima istanza una sintomatologia dolorosa a livello delle articolazioni che già per la loro stessa costituzione rappresentano una barriera, un naturale ostacolo al libero fluire dell'energia, mentre la turba circolatoria del sangue, a sua volta, è responsabile di un'alterata nutrizione di tendini, muscoli e articolazioni. La penetrazione dello xiè è comunque fortemente condizionata dallo stato di salute; se l'individuo è in deficit di energia yin sarà più sottoposto ad attacchi di vento freddo e umidità; se è in vuoto di yang invece sarà più suscettibile ad attacchi di vento, calore e umidità.

Nel suwen al cap. 69 si dice: "...se vi è carenza di energia acqua (inverno) nell'uomo, all'interno del suo corpo sono i reni ad essere colpiti; all'esterno sono le ginocchia, le ossa e la colonna vertebrale".

Le ginocchia sono definite le "colonne del rene"; esse costituiscono una robusta articolazione con funzione di sostegno; ricevono sollecitazioni dal basso (suolo e piede) e dall'alto (carico ponderale e anca); la loro funzione statica e dinamica interagisce con molti differenti fattori: forma del piede, curvatura della colonna, peso corporeo; un loro disallineamento (varismo o valgismo) oltre a causare artrosi locale che diffonde rapidamente all'anca e alla colonna, determina modificazioni del circolo ematico di ritorno con modificazione anche del trofismo delle componenti articolari con predisposizioni a lassità legamentose, a rotture e a degenerazioni delle superfici articolari.

Se le ginocchia sono forti e salde significa che il rene è in buona salute; il rene ha il dominio delle ossa e quindi delle ginocchia; una patologia del ginocchio deve sempre far pensare a un problema di rene; classicamente, un deficit di jing renale provoca un

progressivo difetto di nutrizione a ossa e midolli; ne consegue debolezza di gambe e ginocchia; questo disordine è aggravato dallo sforzo, migliora con il riposo e va incontro a frequenti riacutizzazioni come accade per lo più in pazienti anziani, in caso di deficit costituzionali o acquisiti e in particolare dopo malattie prolungate.

Una carenza di rene yin si evidenzierà soprattutto con una prevalenza dello yang, perdita di materia yin (assottigliamento delle cartilagini) e quindi prevalenza di fenomeni infiammatori con sviluppo di calore a livello locale e risalita dello yang con bocca e gola secche, lingua rossa, polso fine rapido e superficiale; una carenza di rene yang porterà ad un ristagno e accumulo dello yin che si associerà a senso di freddo e debolezza delle ginocchia e alle estremità in genere, lingua pallida, dolore più profondo.

Anche il fegato può essere coinvolto quando il dolore al ginocchio proviene dalle strutture legamentose, vi è un'ipermobilità dell'articolazione con senso di instabilità ed i tendini appaiono fragili. Il fegato governa i tendini e il loro trofismo dipende dal sangue del fegato.

Se c'è deficit di fegato yin la debolezza nelle gambe e nelle ginocchia è accompagnata da rigidità lombo-sacrale, crampi, unghie fragili, eccessiva irritabilità e altri sintomi relativi all'ascesa dello yang non più trattenuto dallo yin.

Se c'è stasi di qi del fegato, alla gonalgia è associato un carattere teso e irritabile, addome disteso, stazione quadrupedale difficoltosa.

Altro organo coinvolto nella patologia del ginocchio è infine la milza; la sua funzione è di trasformare e trasportare l'essenza alimentare per crescere e nutrire muscoli e carne.

Come è scritto al capitolo 29 del Suwen: "...gli arti ricevono il qi dallo stomaco, non direttamente ma attraverso la milza e solo allora possono ricevere il nutrimento. Ora se la milza è malata non possono circolare i fluidi dallo stomaco e gli arti non sono capaci di ricevere l'energia dei liquidi e dei grani; la loro energia diventa progressivamente più debole; tendini, ossa, muscoli e carne rimangono tutti senza energia e perdono vitalità e divengono inutili...".

In questo caso la patologia delle ginocchia fa parte di un più ampio quadro caratterizzato oltre che dalla bilateralità dei problemi articolari, da deficit di forza ai quattro arti, astenia generale, tendenze ossessive, senso di pesantezza del corpo,

diarrea, disappetenza, lingua gonfia e con impronte dentali. La milza è anche il mantenimento della forma e quindi tutte le deformazioni dei piatti articolari, le osteofitosi, le tumefazioni periarticolari sono conseguenza del deficit di milza.

Un capitolo a parte merita il cosiddetto ***simbolismo del ginocchio***, una visione questa che la medicina occidentale non considera minimamente, ma che ha grande importanza per la medicina tradizionale cinese per spiegare situazioni dolorose persistenti e croniche del ginocchio in assenza di dati obbiettivi che le giustificano.

“Ginocchio” è un vocabolo di origine indo-europea derivante dalla parola “gigno” (genero) e sottolinea la antica tradizione di riconoscere i propri figli prendendoli sulle ginocchia; il ginocchio è quindi espressione della forza e questo spiega il rituale greco di abbracciare le ginocchia del vincitore per riconoscerne la supremazia ed invocarne la pietà.

Molte tradizioni guardano al ginocchio sia come sede di forza fisica che come simbolo di autorità e potere sociale, così per esempio, piegare le proprie ginocchia viene sempre considerato un atto di umiltà e sottomissione mentre far piegare le ginocchia ad un altro, significa imporre la propria volontà.

Le ginocchia rappresentano in sintesi il conflitto tra “autoaffermazione” e “repressione”, tra “desideri” e “condizionamenti ambientali”. Così un costante dolore al ginocchio suggerisce un problema di sostegno in un individuo che non si sente “sostenuto” nella vita.

Per la medicina tradizionale cinese il ginocchio è inoltre visto come espressione del rene che , come sede della volontà, rappresenta la nostra forza, il potere, la robustezza e quindi la potenziale globale capacità creativa del nostro futuro. Una deficienza renale, in questo senso, può essere all'origine di ginocchia vacillanti, dolenti e ossa fragili.

Quando si parla di patologia del ginocchio, e quindi di una sintomatologia prettamente localizzata in una ben definita regione, mentre la medicina occidentale si addentra nel particolare della parte colpita e può eventualmente riconoscere concause organiche di origine costituzionale responsabili di debolezza dell'articolazione, la medicina tradizionale cinese va oltre, e interpreta il problema articolare del ginocchio come l'aspetto eventualmente più eclatante di un'alterazione energetica globale che vede coinvolti di volta in volta organi, meridiani principali e

secondari, sangue, energia e liquidi, per cui ricerca sempre altri sintomi e segni extra-articolari sia organici che psichici che nel loro complesso possano spiegare quale "radice" sia chiamata in causa nel determinismo di quella patologia. Ritornando allo scopo del mio lavoro, secondo la medicina tradizionale cinese, la rottura del legamento crociato craniale è da intendersi come una BI SINDROME da freddo.

BI SINDROME: sindrome ostruttiva dolorosa

La sindrome ostruttiva dolorosa definisce il dolore, l'infiammazione e l'intorpidimento di tendini, muscoli ed articolazioni. Questi sintomi sono dati dall'invasione di fattori patogeni esterni quali umidità, vento e freddo.

Bi significa: blocco o ostruzione cioè ostruzione nella circolazione del qi e del sangue nei meridiani dovuta ad invasione di fattori patogeni esterni.

Questa ostruzione determina dolore, infiammazione, irrigidimento, intorpidimento tendineo, muscolare ed articolare, rossore, gonfiore, senso di bruciore o dolore alle articolazioni con limitazione funzionale dei movimenti.

L'invasione dei fattori climatici patogeni è causata da un precedente vuoto di qi e xue, da una debolezza delle energie difensiva (wei qi) e nutritiva (ying qi) ed essendo lo spazio tra pelle e muscoli aperto, si permette al vento, freddo ed umidità di riempire questo vuoto. Il qi viene ostacolato, non riesce a circolare, ristagna, il qi e lo xue si congelano e con il tempo insorge la sindrome ostruttiva dolorosa.

Il vuoto di qi però è solo temporaneo perchè possiamo restare esposti anche a lungo ai fattori patogeni esterni senza contrarre la sindrome solo se la forza del qi contrasta efficacemente la violenza dei fattori patogeni esterni. Se questa forza del qi è temporaneamente inferiore alla potenza dei fattori patogeni, allora si sviluppa la sindrome.

La sindrome ostruttiva dolorosa, oltre che essere causata dall'esposizione ad agenti atmosferici avversi può avere origine dal contatto con altri fattori sfavorevoli quali: giacere su superfici umide, camminare nell'acqua, vivere in un ambiente molto umido, freddo ecc. altri fattori favorevoli la sindrome possono essere l'intensità dell'attività lavorativa, lo sforzo eccessivo, il movimento ripetuto continuamente.

Solitamente la Bi-sindrome è una situazione di pieno, esterna nel fenomeno acuto che diventa vuoto nella fase cronica. L'aggressione dei fattori patogeni esterni può limitarsi alla superficie corporea e interessare unicamente l'apparato muscolo-scheletrico, oppure spingersi in profondità e coinvolgere gli zang fu, causando la cronicizzazione della patologia.

L'eziologia della Bi-sindrome solitamente dipende da tre fattori patogeni esterni:

vento, freddo e umidità: in alcuni casi, la presenza di calore interno da deficit di yin può dare un quadro clinico che presenta sintomi di calore anche nella parte esterna dell'organismo; ciascuno dei tre fattori climatici inoltre può evolvere e cronicizzarsi in disturbi caratterizzati da sintomi di calore.

In relazione alla classificazione si distinguono cinque tipi di sindrome dolorosa ostruttiva:

- *da vento o migrante*
- *da umidità o fissa*
- *da freddo o algica*
- *da calore*
- *sindrome ostruttiva dolorosa delle ossa*

per quanto riguarda il trattamento questo può essere suddiviso in due grandi categorie:

1. EZIOLOGICO o generale

2. SINTOMATICO o locale, con punti distali e punti locali

BI-SINDROME DA VENTO

il vento è definito l'elemento più dannoso, quasi sempre associato agli altri elementi sopracitati. Molti autori definiscono il vento come semplicemente una variazione delle condizioni atmosferiche più che il vento vero e proprio. Il corpo è più sensibile all'invasione del vento quando le condizioni atmosferiche non sono tipiche di quella stagione, sia quando fa freddo ma anche quando fa caldo fuori stagione.

Può essere vento patogeno esterno che attacca gli strati più superficiali del corpo e si combina facilmente con altri fattori patogeni (freddo, calore, umidità), facendoli penetrare all'interno, oppure vento interno derivante da disarmonie del fegato.

SINTOMATOLOGIA:

- indolenzimento
- comparsa improvvisa
- dolori articolari migranti con impedimento funzionale
- insofferenza per il vento

- a volte brividi e febbre leggera
- colpiti soprattutto arti superiori, collo e nuca
- frequente in primavera
- ostruzione nasale, gonfiore viso, patologie apparato respiratorio/pelle
- lingua: induito bianco e sottile
- polso: superficiale, teso

in medicina occidentale corrisponde alle patologie reumatiche con dolori migranti, limitazione funzionale ed evoluzione a poussè, ma anche alle prime fasi di una normale sindrome da raffreddamento.

TRATTAMENTO EZIOLOGICO:

la terapia consiste nell'espellere il vento e regolare la wei qi e la ying qi.

PUNTI PER ESPELLERE IL VENTO:

GB 20 (feng chi, stagno del vento)

GV 16 (feng fu, palazzo del vento)

GV 14 (Da zhui, grande vertebra)

BL 17(Gè shù, punto shu del dorso del diaframma)

BL 18(Gàn shu, punto shu del dorso del fegato)

TH 6 (Zhì gou, diramazione del canale di scolo)

GB 39 (Xuàn zhong, campana pendente)

BI-SINDROME DA FREDDO

Il freddo determina la stagnazione di xue con la comparsa di dolori intensi e fissi agli arti, perchè contrae e blocca.

La sintomatologia si caratterizza per la violenza del dolore che colpisce gli arti, le articolazioni e i muscoli tipo "a coltellata". Il dolore è migliorato dal calore e peggiorato dal freddo. Se il dolore non è intenso non è dovuto a una sindrome bi da freddo.

SINTOMATOLOGIA:

prevale in inverno-primavera

forti artralgie a localizzazione fissa in genere monolaterale

dolore migliorato dal calore e peggiorato dall'esposizione al freddo

limitazione funzionale della parte colpita

lingua con induito bianco

polso superficiale, teso, rallentato

In medicina occidentale corrisponde a patologie di tipo artrosico, che evolvono lentamente e anche alle discopatie caratterizzate da insorgenza brusca e dolori lancinanti lungo il decorso. Tutti i dolori articolari ben localizzati privi di componente flogistica-edematosa possono rientrare in questa patologia che comprende molte affezioni muscolo-scheletriche suscettibili di buona guarigione tramite agopuntura.

TRATTAMENTO EZIOLOGICO:

disperdere il freddo

tonificare il qi, lo xue e lo yang

PUNTI DA UTILIZZARE:

i seguenti punti rinforzano qi e yang e muovono il sangue, combattendo in tal modo il freddo. È indicata la moxa.

ST 36 (Zù san lì, tre miglia del piede)

VC 4 (Guan yuan, barriera dello yuan qi)

VC 6 (Qi hài, mare del qi)

BL 23 (Shèn shu, punto shu del dorso dei reni)

BL 10 (Tian zhu, colonna celeste)

SI 3 (Hòu xi, ruscello posteriore)

SI 6 (Yang lao, nutrire l'anziano)

BI SINDROME DA UMIDITA'

Il fattore patogeno è l'umidità, shi, che è un perverso yin di natura torbida, collosa e stagnante. Rallenta la circolazione del qi e del sangue ed appare una sensazione di pesantezza e inturgidimento.

SINTOMATOLOGIA:

dolori muscolari ed articolari relativamente fissi, localizzati preferenzialmente nella regione inferiore del corpo.

sensazione di pesantezza mentre i muscoli sono irrigiditi e la zona affetta è sede di edema.

limitazione dei movimenti

dolore attenuato dalla pressione e dal calore e peggiora con il tempo umido

dolori cronici e sordi ad arti e articolazioni

testa pesante e cefalea

lingua con induito bianco e umido

polso scivoloso a volte lento (freddo) o rapido (calore)

l'umidità è generata da un deficit della milza che provoca l'incompleta separazione del chiaro e del torbido con formazione di umidità interna.

Se l'umidità esterna o l'umidità-calore attaccano il corpo con un sottostante deficit di milza, la funzionalità di questo zang sarà rapidamente compromessa.

In medicina occidentale la sintomatologia è sovrapponibile a quella delle forme artrosiche a localizzazione fissa e con facilità alla cronicizzazione, caratterizzate da dolori o indolenzimento con sensazione di pesantezza delle membra e impedimento motorio. Si differenzia dal bi da freddo per le caratteristiche meno lancinanti dell'algia, per il senso di intorpidimento e di appesantimento, l'edema dei tessuti e il gonfiore articolare.

TRATTAMENTO EZIOLOGICO:

tonificare milza e stomaco

risolvere l'umidità facendo circolare il qi

SP 6 (San yin jiao, incrocio dei tre yin)

SP 9 (yin ling quàn, sorgente della collina degli yin)

GB 34 (Yang ling quan, fontana della collina dello yang)

ST 40 (Feng long, grossa protuberanza)

BL 20 (Pì shu, punto shu del dorso della milza)

VC 12 (Zhong wan, centro dell'epigastrio)

BI-SINDROME DA CALORE

Ha origine da qualsiasi dei tre precedenti tipi quando il fattore patogeno esterno si trasforma in calore all'interno o quando esiste un vuoto di base dello yin. In tal caso dovranno essere identificati e successivamente trattati gli zang fu alla base del deficit.

Ad esempio, il vuoto di yin di rene, tipico della sindrome climaterica, può favorire l'insorgenza di tali patologie nel periodo della menopausa, spesso caratterizzata da artralgie.

SINTOMATOLOGIA:

intenso dolore dell'articolazione, principalmente alla pressione, con segni di flogosi: rossore, calore e gonfiore, migliora con applicazioni fredde

dolore che si attenua di giorno e cresce di notte

limitazione funzionale

nella forma acuta può essere presente febbre che non diminuisce con la sudorazione perchè è causata da umidità-calore, in questa sindrome l'umidità è il fattore primario e il calore secondario

polso scivoloso e rapido, a volte rapido e forte

lingua con rivestimento giallo, secco (vuoto di yin) appiccicoso (umidità)

In medicina occidentale corrisponde al reumatismo articolare acuto, poussè dell'artrite reumatoide, tutti i quadri reumatologici con importante componente flogistica tra cui la gotta acuta e altre artropatie a eziologia dismetabolica o autoimmune.

TRATTAMENTO EZIOLOGICO:

purificare il calore

promuovere la produzione di liquidi

GV 14

LI 4 (Hè gu, valle chiusa)

LI 11 (Qu chì, lago sulla curva)

LI 15 (Jian yù, osso della spalla)

ST 43 (Xiàn gu, valle che affonda)

SINDROME OSTRUTTIVA DOLOROSA DELLE OSSA

Questa sindrome si manifesta solo nei casi cronici ed ha origine da qualsiasi dei quattro tipi precedenti.

L'ostruzione persistente delle articolazioni provoca la ritenzione di liquidi nel corpo dove si trasformano in flegma ostruendo ulteriormente le articolazioni e i meridiani.

Ciò determina ipotrofia muscolare, gonfiore e deformazione delle ossa. Colorito violaceo della zona periarticolare. Il dolore è violento e fisso con impossibilità alla flessione ed estensione. A questo livello la malattia non si limita a colpire solo i muscoli, articolazioni e meridiani ma può raggiungere in profondità i visceri.

Un fattore importante nello sviluppo di questa sindrome è il vuoto di fegato e reni che aggrava la stasi di qi e sangue ed il nutrimento articolare.

Il sangue del fegato nutre i tendini e quando quest'organo è in vuoto i tendini non sono più nutriti, ciò causa dolore e rigidità articolari.

I reni nutrono le ossa e quando sono in vuoto l'iponutrizione causa accumulo di flegma e si manifesta gonfiore alle articolazioni.

L'ostruzione della circolazione di qi, sangue e liquidi corporei causata dal flegma può dar origine ad una stasi di sangue che ostacola ancora di più la circolazione corretta nei meridiani e causa altro dolore.

Spesso la stasi di sangue è un fattore patogeno. Per esempio, se freddo e umidità invadono più volte una regione del corpo, provocano una stasi di sangue cronica in quella zona. Come effetto il dolore diventa più o meno costante ed intenso. Inoltre si ha

una rigidità della parte interessata imputabile al sangue che ristagna e che non nutre e umidifica i tendini.

Un'ulteriore classificazione della Bi-sindrome si basa sulla scuola dei 5 movimenti, che è forse il modo di vedere la Bi-sindrome più antico e rappresenta una lettura alla lettera del capitolo 43 del suwen. Secondo questa visione la penetrazione di un'energia esterna implica l'alterazione di uno dei 5 movimenti, alterazione facilmente evidenziabile attraverso la lesione di una o più corrispondenze del movimento stesso.

I 5 movimenti regolano le relazioni tra macrocosmo e microcosmo, il macrocosmo ha il ruolo di sincronizzatore in modo tale che tutti i microcosmi compiano lo stesso movimento nello stesso periodo.

L'origine di una patologia esterna può risiedere sia nell'uomo che nel cosmo.

Quando l'origine è nell'uomo è causata dal fatto che uno dei suoi movimenti è in vuoto o in pieno e non può rispondere ai movimenti del cosmo, ai tronchi celesti e ai rami terrestri che sono normali.

Quando l'origine è nel cosmo, i 5 movimenti dell'uomo sono normali ma l'energia del cosmo è anormale presentandosi in anticipo, in ritardo o in modo esagerato.

Se c'è una piccola perturbazione e l'uomo è in perfetto equilibrio energetico non ci sarà patologia apparente se, invece, c'è una forte perturbazione l'uomo subisce una malattia, acuta se ben equilibrato, cronica se non è equilibrato.

Secondo questa scuola il Bi è una malattia, si legata a energie perverse esterne ma queste non hanno una localizzazione fissa bensì diffusa determinata dalla perturbazione di uno dei 5 movimenti.

Quando l'azione delle energie prevaricanti provoca un risentimento leggero a carico di uno dei 5 movimenti, si avrà una ripercussione sulle corrispondenze del movimento interessato.

Ciò permetterà di distinguere un:

- Bi della pelle
- Bi della carne
- Bi dei muscoli
- Bi delle ossa
- Bi dei vasi

quando l'azione è molto più massiva e grave si avrà una diffusione in profondità della malattia con interessamento viscerale e rispettivo:

- Bi del polmone
- Bi della milza
- Bi del fegato
- Bi del rene
- Bi del cuore

La diagnosi si basa sull'individuazione dell'energia prevaricante e sull'interessamento di una o più corrispondenze all'interno del movimento energetico in causa. I movimenti che più spesso sono colpiti sono: Acqua, Legno e Terra.

La terapia è indirizzata al riequilibrio del movimento perturbato e alla cancellazione dell'energia in causa con l'energia dominante nel ciclo ko.

Il Suwen dunque classifica la sindrome in base al tessuto colpito e individua il tessuto in base al sintomo più evidente:

- stasi di sangue nella sindrome dei vasi
- rigidità nella sindrome dei tendini
- debolezza nella sindrome dei muscoli
- deformazione delle ossa nella sindrome delle ossa
- percezione del freddo nella sindrome della pelle

Il Suwen differenzia anche il gradiente di gravità della sindrome:

“quando la sindrome ostruttiva dolorosa attacca gli organi interni causa la morte, quando è localizzata alle ossa o ai tendini diventa cronica, quando si insedia nei muscoli o nella pelle è facile da debellare”.

Per riassumere si può dire che quando si ha di fronte un malato che si presenta per un fattore reumatico, la prima cosa che bisogna sapere è se questa sintomatologia è localizzata a livello delle ossa, dei tendini, dei legamenti oppure della carne.

In base a questo dobbiamo attribuire questo dolore ad un risentimento rispettivamente del movimento acqua, fegato o del movimento terra e tale conferma ci deve essere rafforzata dalla turba di una o più corrispondenze di tale movimento.

Bisogna infine comprendere a quale energia patogena è legato il dolore, se freddo,

vento o umidità.

TRATTAMENTO DELLA SINDROME OSTRUTTIVA DOLOROSA

La finalità del trattamento è quella di espellere i fattori patogeni che hanno invaso i meridiani ed eliminare la stasi di sangue e di qi.

Primariamente il trattamento è volto a curare il meridiano e solo secondariamente coinvolge gli organi. Soltanto la terapia della sindrome cronica prevede il trattamento degli organi interni.

Come regola generale, poiché tutti i fattori patogeni sono contemporaneamente presenti, la terapia deve necessariamente:

espellere il vento, eliminare l'umidità disperdere il freddo.

Possiamo dividere il trattamento in due grandi categorie:

1. EZIOLOGICO o generale
2. SINTOMATICO o locale, con punti distali e punti locali

Nel trattamento eziologico, come ho già descritto precedentemente, se è una sindrome Bi da vento bisogna cancellare il vento e tonificare il sangue.

Secondo il "Yi zong bi du": per trattare la sindrome ostruttiva dolorosa da vento, si deve espellere per primo il vento, e poi disperdere il freddo ed eliminare l'umidità e in più nutrire il sangue. Per eliminare il vento trattare il sangue, se il sangue è armonizzato il vento è espulso".

I punti maggiormente utilizzati sono: **GB 20, GV 16, GV 14, BL 17, BL 18, TH 6 E GB 39.**

"Nella sindrome ostruttiva dolorosa da freddo si deve eliminare il freddo, poi il vento, seccare l'umidità e tonificare il fuoco. Se il calore si muove il freddo scompare e la circolazione migliorata fa scomparire il dolore".

I punti maggiormente utilizzati sono: **ST 36, VC 4, VC 6, BL 23, BL 10, SI 3, SI 6.**

"Nella sindrome ostruttiva dolorosa da umidità si deve seccare l'umidità, eliminare il vento, disperdere il freddo e tonificare la milza. Se la terra è forte l'umidità scompare, se il qi è forte non c'è intorpidimento".

I punti maggiormente utilizzati sono: **SP 6, SP 9, GB 34, ST 40, BL 20, VC 12.**

Tutto questo per dire che si devono eliminare tutti e tre i fattori patogeni esterni, solo dopo è necessario trattare anche gli organi interni. Quindi se c'è vento trattare il sangue, se c'è freddo tonificare il fuoco, se c'è umidità rafforzare la milza.

La terapia della sindrome ostruttiva dolorosa cronica necessita di un approccio più globale. Oltre ad eliminare i fattori patogeni è basilare nutrire il sangue, il fegato e far circolare il sangue.

Il trattamento, quindi, si basa sulla scelta dei punti appartenenti a cinque gruppi:

- **punti in base alla sindrome** che abbiamo appena preso in considerazione
- **punti generali** che comunque fanno anche parte dei punti in base alla sindrome: **BL 17, tonifica il sangue ed espelle il vento**
GV 14, tonifica lo yang
BL 23, tonifica lo yang
BL 20, tonifica la milza
- **punti locali** che in base alla zona sono:
 - collo: **BL 10, GB 20**
 - spalla: **LI 15, TH14**
 - gomito: **LI 11, TH 10, SI 8**
 - carpo: **TH 4, LI 5, SI 5, SI 4, PC 7**
 - dita anteriori: **TH3, LI3, BAXIE**
 - zona lombare: **BL 23, BL 24, BL 25, BL 26, GV 3**
 - bacino: **BL 27, BL 28, BL 32**
 - anca: **GB 29, GB 30**
 - ginocchio: **XIYAN, ST 35, ST 36, SP 9, SP 10, LIV 7, LIV 8,**
KI 10, GB 34, BL 40
 - garretto: **SP 5, GB 40, ST 41, BL 60**
 - dita posteriori: **BAFENG, SP 3**

a questo gruppo appartengono anche i punti ah shi (punti dolenti), nella maggior parte dei casi coincidono con i punti classici, ma se si rilevano altri punti dolenti alla pressione si trattano anche questi seppur fuori meridiano.

- **punti adiacenti:**

collo: **GB 21, GV 14, BL 11**

spalla: **SI 9, SI 15, TH 13, TH 15, GB 21, LI 14**

gomito: **LI 13, LI 14**

carpo: **TH 5, LU 7**

dita anteriori: **TH 5**

zona lombare: **no punti**

adiacenti bacino: **BL 23**

anca: **GB 31**

ginocchio: **SP 10, ST 34**

garretto: **KI 7, GB 34, ST 36**

dita posteriori: **SP 4, SP 9, ST 41, GB34**

- **punti distali:** sono punti al di sotto dei gomiti e delle ginocchia che trattano

problemi localizzati nelle parti più distali dell'arto.

Questi punti aprono il meridiano, eliminano la stasi del qi e

aiutano ad eliminare i fattori patogeni

non è indispensabile scegliere i punti distali dei meridiani colpiti

i punti principali distali in base ai meridiani sono:

polmone: **LU 7**

grosso intestino: **LI 4**

stomaco: **ST 40**

milza: **SP 5**

cuore: **HT 5**

piccolo intestino: **SI 3**

pericardio: **PC 6**

triplice riscaldatore: **TH5**

fegato: **LIV 5**

vescicola biliare: **GB 41**

rene: **KI 4**

vescica: **BL 60**

La scelta dei punti può essere decisa in base alla zona colpita:

collo: **GB39, SI 3, TH 5, TH 8, BL 60,**

spalla: **TH 1, TH 5, LI 1, LI 4, LU 7, ST 38, BL 58**

gomito: **LI 1, LI 4, TH 5**

carpo: **ST 36, SP 5, GB 40**

zona lombare: **BL 40, BL 59, BL 60, BL 62**

bacino: **BL 40, BL 58**

anca: **GB 41, BL 62**

ginocchio: **SP 5, SI 5**

MATERIALI E METODI

Il presente lavoro è stato condotto su 7 cani di età compresa tra gli 8 e i 13 anni i quali non potevano essere sottoposti ad intervento chirurgico in relazione ad eccessivi rischi per il paziente, dovuti all'età, a sottostanti patologie che non indicavano un parere favorevole ad un approccio anestesilogico oppure per non accettazione da parte dei proprietari dell'intervento chirurgico stesso.

I pazienti sono stati sottoposti al trattamento agopunturale senza tenere in considerazione eventuali altre patologie sottostanti in quanto, essendo stati usati gli stessi punti per tutti i soggetti, non si volevano alterare i risultati inerenti l'efficacia del trattamento.

La frequenza delle sedute è stata ogni 7 giorni per un totale di quattro sedute per soggetto tranne che per Zoe e Lara che ne hanno fatte sei e Roy che ne ha fatte nove.

I materiali utilizzati sono stati: aghi con manico in rame 0,20 x 15 mm e 0,25 x 25 mm. In nessun caso è mai stata usata la moxa.

La diagnosi occidentale è stata eseguita da un collega ortopedico attraverso il test del cassetto craniale e il test di compressione tibiale. Ovviamente per gli stessi motivi descritti precedentemente non si è potuto sottoporre i pazienti ad una diagnosi strumentale attraverso tomografia assiale computerizzata.

Vorrei brevemente ricordare che la scelta dei punti da utilizzare è avvenuta sulla base dell'inquadramento della rottura del legamento crociato craniale nella SINDROME OSTRUTTIVA DOLOROSA DA FREDDO.

Come ho già descritto precedentemente il freddo determina stagnazione del sangue con la comparsa di dolori intensi e fissi agli arti perchè contrae e blocca.

Il dolore è particolarmente violento tipo "a coltellata" ed è migliorato dal calore e peggiorato dal freddo.

Nella Bi sindrome da freddo secondo il "Yi Zang Bi Du" si deve eliminare il freddo, poi il vento, seccare l'umidità e tonificare il calore. Se il calore si muove il freddo scompare e la circolazione migliorata fa scomparire il dolore. Quindi i punti che ho scelto servono a disperdere il freddo, tonificare il qi, il sangue e lo yang.

In base a questo principio vengono utilizzati i seguenti punti:

punti in base alla sindrome e generali:

ST 36 (zu san li)

È uno dei principali punti per tonificare il qi e il sangue nelle sindromi da deficit. Poiché tonifica la zheng qi, aumenta la resistenza ai fattori patogeni esterni, perciò può essere utilizzato per prevenire gli attacchi da parte dei fattori climatici esterni.

ST 36 non tonifica solo il qi, lo yang, il sangue e lo yin ma anche lo yuan qi ed espelle il freddo, inoltre può espellere vento e umidità dai canali proprio nella sindrome ostruttiva dolorosa.

BL 23 (Shèn shu)

utilizzato perchè oltre a tonificare i reni in generale, rafforza la parte inferiore della schiena, nutre il sangue e siccome i reni controllano le ossa e producono il midollo per questo viene impiegato per qualsiasi patologia delle ossa e per nutrire il midollo, problemi non infrequenti negli animali anziani. È inoltre uno dei punti più importanti per nutrire il jing dei reni. Il jing è la base materiale dello shèn, se il jing è forte e fiorente, lo shèn è positivo e felice: se, invece, il jing è debole, il corpo è debole ed esaurito e lo shèn soffre, manca di volontà, iniziativa, è negativo e depresso. Spesso gli animali anziani sono in uno stato di apatia, di scarsa iniziativa a partecipare alla socializzazione, a volte depressi, l'utilizzo di questo punto, in tutti i soggetti trattati, ha enormemente aumentato l'interesse del soggetto alle dinamiche familiari.

In più vengono aggiunti, con lo scopo di portare stabilità e direzionalità alla colonna, sicuramente alterata per la postura modificata i seguenti punti:

SI 3 (Hòu xì)

è il punto di apertura del du mai e per questo è utilizzato per curare tutti i sintomi a carico di questo canale straordinario: in particolare elimina il vento interno dal du mai.

Questo punto ha un notevole effetto sui muscoli e sui tendini che si trovano lungo il percorso del du mai, del canale dell'intestino tenue e della vescica e quindi importante per trattare il dolore, rigidità e contrattura lungo il tragitto dei canali suddetti.

GV 1 (Chang qiang)

punto luo del du mai

regola du mai e ren mai

dissolve umidità-calore

calma lo shen

sottomette il vento interno

regola i due orifizi inferiori

da direzione all'animale, si usa spesso in tutte le patologie di movimento

Punti locali:

XIYAN (extrapunto)

espelle vento e umidità

giova alle ginocchia

punto molto importante per la sindrome ostruttiva dolorosa del ginocchio, specialmente quando il dolore è localizzato nella parte anteriore del ginocchio o in profondità, all'interno dell'articolazione.

ST 35 (Du bì)

rimuove le ostruzioni dal canale

attenua il gonfiore

è un punto importante per il trattamento della sindrome ostruttiva dolorosa del ginocchio ed è utilizzato spesso per espellere l'umidità e il freddo.

SP 9

utilizzato soprattutto perchè rimuove le ostruzioni dal canale e l'umidità e quindi eventuale edema.

SP 10 (xue hai)

raffredda il sangue

tonifica il sangue ed elimina la stasi

arresta il sanguinamento

nutre il sangue

GB 34 (Yang ling quan)

è uno dei punti più importanti per stimolare il libero fluire del qi del fegato. Si utilizza ogni volta che si manifesta una stasi di qi del fegato.

Essendo il punto hui dei tendini e muscoli è importante per rilassare i tendini in caso di contratture muscolari, crampi o spasmi, inoltre rafforza la circolazione del qi e del sangue nelle gambe.

Punti distali:

BL 60 (Kun lun)

punto jing fiume

punto fuoco

purifica il calore

sottomette il vento interno

rimuove le ostruzioni dal canale

fortifica la schiena

promuove il parto

è anche chiamato punto aspirina per il suo effetto antidolorifico.

CASI CLINICI

WILLY



- Specie: cane
- Razza: incrocio con york shire
- Sesso: maschio
- Età: 13 anni
- Peso: 10 kg
- diagnosi occidentale: rottura legamento crociato craniale destro in un soggetto con insufficienza renale cronica

1° VISITA:

Visita clinica occidentale: dolore intenso e mancato appoggio dell'arto posteriore destro da circa 15 giorni, somministrati antinfiammatori non steroidei per 10 giorni ma senza ottenere alcun risultato, polidipsia, disoressia, sensorio abbattuto ma legato sicuramente all'intenso dolore provato dal soggetto, cane molto spaventato. Palpazione difficoltosa del arto interessato in quanto il soggetto mostrava grande agitazione e tentativi di aggressione.

VISITA CINESE

Ispezione

Shen discreto, cane vigile ma privo di vivacità, pelo opaco ma senza forfora, corporatura robusta con masse muscolari toniche con una leggera ipotrofia all'arto posteriore destro, andatura incerta con mancato appoggio arto posteriore destro.

Mucose leggermente arrossate quelle gengivali per presenza di tartaro, lingua rosa con induito bianco sottile.

Auscultazione ed olfattazione

nella norma.

Interrogatorio anamnestico

willy è un cane con un'indole buona ma sa imporre le sue ragioni, molto affettuoso con i suoi proprietari, molto vivace e allegro, sempre in movimento, ogni volta che entra qualcuno in casa abbaia anche per 5 minuti ininterrottamente oppure quando è all'aperto abbaia ogni volta che qualcuno si avvicina.

Prima della rottura del legamento crociato il cane, nonostante i suoi 13 anni, era molto attivo tanto che, insieme alla proprietaria, ogni giorno, faceva almeno un'ora di cammino durante il quale manifestava la sua gioia con lunghe corse. Durante una di queste corse il cane si è improvvisamente fermato, dopo aver lanciato un lamento molto forte, e da allora non ha più avuto l'appoggio dell'arto posteriore destro.

Da circa 2 anni è stata diagnosticata un'insufficienza renale cronica trattata solo con una compressa di benazepril al giorno e con un'alimentazione commerciale, di tipo umido, specifica per pazienti con insufficienza renale. Da quando si è infortunato willy non è più vivace, dorme molte ore al giorno, non riesce a salire e a scendere dal divano, quando deve uscire tenta sempre di stare in giro il meno possibile, l'appetito è scarso, le urine sono abbondanti e le feci sono regolari.

Tipologia del soggetto

Fuoco

Palpazione

Temperatura corporea normale, pelo secco e opaco, sensibilità alla palpazione deI Back Shu BL 23, BL 20, palpazione difficoltosa dell'arto posteriore destro per intenso dolore, con tentativi di aggressione e intensa agitazione, a livello di ginocchio temperatura normale senza edema.

Alla palpazione dei polsi si rileva polso debole nella posizione del rene yang e polso pieno nella posizione del fegato.

Diagnosi in MTC

BI-Sindrome da freddo

Terapia

Prima seduta (06/06/12) (i punti sono gli stessi per tutte e quattro le sedute)

BL 23

ST 36

SI 3

GV 1

XIYAN

ST 35

SP 9

SP 10

GB 34

BL 60

seconda seduta (13/06/12)

la proprietaria riferisce che già dopo quattro giorni willy ha iniziato ad appoggiare, ogni tanto, l'arto posteriore destro, sale sul divano ma non riesce ancora a scendere, è più vivace ed è aumentato anche l'appetito.

Nonostante questo ogni volta che si tenta di toccare il ginocchio destro, e soprattutto applicare gli aghi, si fa sempre molta fatica. L'impressione è comunque che willy sembra più tranquillo.

Terza seduta (20/06/12)

willy finalmente appoggia l'arto posteriore destro però zoppica ancora vistosamente.

La proprietaria riferisce che è tornato come prima dell'infortunio tanto che ha ripreso, nonostante le mie raccomandazioni di tenerlo a riposo, a fare brevi passeggiate.

È aumentato l'appetito e si è ridotta notevolmente la polidipsia.

Quando inizio ad applicare gli aghi però reagisce sempre violentemente quando tocco il ginocchio ma io penso sia non tanto il dolore, che secondo me è notevolmente diminuito, ma quanto una memoria dello stesso, provato precedentemente, che lo terrorizza.

Quarta seduta (27/06/12)

willy mi è corso incontro correndo, senza zoppiare, felice e gioioso. La proprietaria riferisce che non l'ha mai visto così vitale, l'unico problema si presenta quando sono in passeggiata, che è tornata ad essere di un'ora, ed è rappresentato dal fatto che quando willy corre, ogni tanto, tiene sollevata la zampa posteriore destra ma senza manifestare dolore di alcun genere.

Follow-up dopo una settimana

willy non ha più nessun problema e appoggia sempre perfettamente.

Follow-up dopo un anno e mezzo

willy non ha più avuto recidive.

MAGGIE



- Specie: cane
- Razza: labrador
- Sesso: femmina
- Età: 10 anni
- Peso: 45 kg
- Diagnosi occidentale: rottura legamento crociato craniale sinistro e artrosi diffusa alla colonna vertebrale.

1° VISITA:

Visita clinica occidentale: zoppia marcata da circa due mesi all'arto posteriore sinistro, somministrati antinfiammatori non steroidei nei primi giorni della sintomatologia ma il cane non ha potuto continuare la terapia per la comparsa di diarrea. Sensorio diminuito, appetito normale, sovrappeso con difficoltà nella deambulazione.

VISITA CINESE

Ispezione

Shen buono, cane molto tranquillo e socievole, pelo nella norma, corporatura tendente all'obesità con masse muscolari non molto sviluppate ma toniche, andatura barcollante con marcata zoppia dell'arto posteriore sinistro da circa due mesi. Maggie è un cane che non ama molto fare attività fisica prediligendo lunghe dormite e passeggiate solo se strettamente necessarie per espletare i propri bisogni fisiologici.

Mucose gengivali arrossate, presenza di tartaro, lingua gonfia, rosa con sottile indulto bianco.

Auscultazione ed olfattazione

Respirazione rumorosa con tachipnea, il proprietario riferisce che quando dorme "russa", ogni tanto si percepiscono borborigmi.

Interrogatorio anamnestico

Maggie è un cane con un'indole buona, è socievole con tutti sia persone che animali, ama molto essere sempre vicino alle persone anche quando dorme, ha un ottimo appetito, non ama tanto muoversi, dovuto anche al notevole sovrappeso e questo è peggiorato dopo la rottura del legamento crociato perchè, a volte, rifiuta persino di uscire per urinare. Da più di un anno fa molta fatica ad alzarsi soprattutto dopo molte ore che è coricata e in seguito ad una visita ortopedica è stata diagnosticata una spondilartrosi a livello di T10, T11, L1, L2, L4, L5. Sono stati somministrati antinfiammatori non steroidei per periodi limitati perchè, sempre dopo pochi giorni, compare diarrea. Maggie non ha altre patologie evidenti, le feci e le urine sono regolari.

Tipologia del soggetto

Terra

Palpazione

Temperatura corporea normale, pelo nella norma, sensibilità alla palpazione dei back

shu BL 17, BL 18, BL 20, alla palpazione dell'arto interessato dalla rottura del legamento crociato si rileva dolore, un leggero edema, niente calore. Presenza di un lipoma nella regione costale destra, dietro la spalla.

Alla palpazione dei polsi si rileva polso profondo nella posizione della milza, debole nella posizione del rene yin.

Diagnosi in MTC

BI-Sindrome da freddo

Terapia

Prima seduta (08/02/12)

I punti sono gli stessi per tutti i pazienti.

Seconda seduta (15/02/12)

il proprietario riferisce che Maggie già dal giorno dopo sembra più attiva, dopo qualche giorno la zoppia è leggermente diminuita e li segue continuamente per casa riuscendo a fare tre scalini che portano alla cucina che ormai da più di un anno non faceva più.

Durante la seduta effettivamente faccio un po' fatica a farla stare ferma però dopo i primi aghi si rassegna.

Terza seduta (22/02/12)

il proprietario è molto contento perchè Maggie fa delle cose che non aveva più fatto da molti anni. Chiede di uscire in giardino senza essere costretta, riesce a fare brevi passeggiate, saltella quando è particolarmente contenta e sembra non accusare più dolore se non quando si muove a lungo. Infatti la zoppia è solo accennata e solo sotto sforzo.

L'unico vero problema è rappresentato dall'aumento dell'appetito e questo può creare delle difficoltà in un soggetto già notevolmente sovrappeso.

Quarta seduta (29/02/12)

Maggie non zoppica più e si muove in maniera fluida, riesce a fare le scale anche per andare al piano superiore, è diventata un cane più attivo anche nell'attività fisica, la

respirazione rumorosa è notevolmente diminuita.

Follow up dopo sei mesi:

maggie non ha più avuto recidive e apparentemente sembra stare bene.

LULU'

- Specie: cane
- Razza: beagle
- Sesso: femmina
- Età: 11 anni
- Peso: 22 kg
- Diagnosi occidentale: rottura legamento crociato craniale sinistro in un soggetto con gastrite cronica e ipotiroidismo da almeno 3 anni.

1° VISITA:

Visita clinica occidentale: dolore intenso con grave zoppia all'arto posteriore sinistro da circa 15 giorni. Soggetto molto ansioso e con tendenza a morsicare appena viene toccato. Tachipnea, vomito giornaliero ormai da molti mesi.

VISITA CINESE

Ispezione

Shen buono, soggetto vigile molto attento ad ogni mio movimento, se lasciata girare liberamente nella stanza Lulù tende sempre a dirigersi verso la porta. Il pelo presenta della forfora soprattutto localizzata sulla parte distale della schiena e spesso presenta prurito generalizzato. La corporatura è robusta con masse muscolari normali e toniche. Presenta zoppia grave, spesso con mancato appoggio, all'arto posteriore sinistro. Mucose nella norma e lingua rosa senza induito.

Auscultazione ed olfazione

nella norma.

Interrogatorio anamnestico

Lulù è un cane molto ansioso, agitato, non sopporta essere toccato più di tanto perché

altrimenti diventa aggressiva tanto che i proprietari spesso hanno paura di lei e quindi non è molto seguita nell'educazione. Non partecipa molto alla vita familiare, preferisce stare in giardino tutto il giorno e di sera dormire nella sua cuccia posizionata all'esterno dell'abitazione. Il suo carattere è notevolmente peggiorato dopo la rottura del legamento crociato e nessuno può più toccarla perchè morde e ringhia. Prima di questo infortunio era comunque un cane sempre in movimento, abbaiando e correndo, di fianco alla recinzione, contro chiunque passasse dalla sua proprietà. Da circa un anno, in seguito a ripetuti episodi di vomito, è stato diagnosticato un ipotiroidismo e una gastrite cronica che però non è migliorata nonostante tutte le varie terapie alle quali è stata sottoposta. L'ipotiroidismo è tenuto sotto controllo mediante somministrazione di una compressa di levotiroxina sodica al giorno. Da 15 giorni presenta una zoppia marcata all'arto posteriore sinistro spesso con mancato appoggio dell'arto stesso. Non sono stati somministrati antinfiammatori per non peggiorare il problema gastrico. L'appetito è normale e anche le feci e le urine.

Tipologia del soggetto

Legno

Palpazione

Temperatura corporea normale, pelo normale, cute con presenza di neoformazioni cistiche a livello di spalla destra e zona lombare in corrispondenza di BL 18 a destra. Sensibilità alla palpazione dei Back shu BL 17, BL 18, BL 19. La palpazione risulta in generale difficoltosa per l'elevata ansia del soggetto che contrae tutti i muscoli diventando duro come il cemento, ma in modo particolare quando si palpa il ginocchio sinistro e in questo caso scatta anche l'aggressività. Il ginocchio non presenta edema né calore.

Alla palpazione dei polsi si rileva polso duro nella posizione del fegato, debole in posizione del rene yin.

Diagnosi in MTC

BI- Sindrome da freddo

Terapia

prima seduta (15/02/12)

seconda seduta (22/02/12)

la proprietaria riferisce che lulù è notevolmente peggiorata nei due giorni successivi al trattamento. Il peggioramento si è manifestato con un mancato appoggio dell'arto posteriore sinistro e da un aumento dell'aggressività. Dopo questi giorni c'è stato un graduale miglioramento con zoppia sempre marcata, soprattutto sono diminuiti gli episodi di vomito. Durante la seduta comunque lulù ha manifestato una forte ansia con insofferenza ogni volta che si applicava un ago. Non ci sono stati invece episodi di aggressività.

Terza seduta (29/02/12)

lulù zoppica meno vistosamente ed è meno agitata, anche quando viene collocata sul tavolo visite accetta di essere trattata con più pazienza, alla palpazione del ginocchio non reagisce più con aggressività, la proprietaria inoltre riferisce che lulù riesce a saltare sul divano cosa che non era più in grado di fare da quando si era rotta il legamento crociato craniale.

Quarta seduta (07/02/12)

lulù entra in ambulatorio senza zoppiare però a casa ogni tanto, soprattutto quando cammina a lungo, manifesta una lieve zoppia. È notevolmente migliorata la gastrite, con vomito sporadico e anche il suo stato di ansia sembra migliorato in quanto, in base a quello che riferisce la proprietaria, si lascia accarezzare e sta più volentieri in casa.

Follow-up dopo un anno:

lulù non ha più avuto recidive.

ZOE

- Specie: cane
- Razza: incrocio
- Sesso: femmina
- Età: 10 anni
- Peso: 34 kg
- Diagnosi occidentale: rottura legamento crociato craniale destro

1° VISITA:

Visita clinica occidentale: dolore intenso e mancato appoggio arto posteriore destro da circa 3 mesi ma nonostante questo il cane è sempre in movimento. Oltre a questa sintomatologia zoe presenta da circa 10 giorni diarrea e, secondo i proprietari, leggero dimagrimento. Inoltre manifesta polidipsia però l'appetito è conservato. La palpazione dell'arto interessato è difficoltosa in quanto il cane presenta forti tremori e cerca di sottrarsi ogni volta che si tocca l'arto.

VISITA CINESE

Ispezione

Shen buono, cane molto agitato, tenta sempre di dirigersi verso l'uscita, pelo opaco ma senza forfora, corporatura longilinea con masse muscolari toniche anche se non molto sviluppate, presenta ipotrofia muscolare e mancato appoggio dell'arto posteriore destro. Mucose nella norma, lingua rosa, gonfia con induito sottile bianco.

Auscultazione ed olfattazione

nella norma.

Interrogatorio anamnestico

Zoe ha un carattere docile ma è molto agitata, nonostante abbia 10 anni e di grossa taglia non si ferma mai. Passa tutto il giorno in giardino a rincorrere le persone o gli animali che transitano vicino alla recinzione, abbaia in continuazione. Molto affettuosa con i proprietari è un po' diffidente con gli estranei ma senza segni di aggressività, l'importante è lasciarla tranquilla. Circa tre mesi fa correndo lungo la recinzione si è bloccata improvvisamente e si è lamentata. Da allora non appoggia quasi mai l'arto posteriore destro e quando lo appoggia, soprattutto quando è ferma, trema in modo molto evidente. Sono stati somministrati inizialmente antinfiammatori non steroidei ma senza alcun risultato se non un peggioramento del quadro gastroenterico con recidive di episodi di diarrea. Infatti fin da cucciola ha sempre manifestato, in maniera abbastanza ricorrente, questa sintomatologia risolta sempre con antibiotici e fermenti lattici. Zoe mangia prevalentemente cibo commerciale secco e spesso i proprietari integrano con avanzi di cucina. Ultimamente manifesta polidipsia e conseguente poliuria e, come ho detto precedentemente feci non formate.

Tipologia del soggetto

Legno

Palpazione

Temperatura corporea nella norma, pelo opaco e secco, sensibilità alla palpazione dei Back shu BL18, BL 20, BL 21, tremori muscolari marcati arto posteriore destro durante la palpazione del ginocchio e tentativi di sottrarsi alla palpazione stessa. Il ginocchio destro è leggermente caldo ma non c'è edema. Presenza di una neoformazione cutanea sulla spalla destra.

Alla palpazione dei polsi si rileva polso debole nella posizione della milza e del rene yin e polso teso nella posizione del fegato.

Diagnosi in MTC

BI-Sindrome da freddo

Terapia

prima seduta (29/02/12)

per mettere gli aghi a zoe è una vera lotta perchè non si può mettere sul tavolo visite perchè si agita troppo e per terra è sempre in movimento, quando si tenta di mettere gli aghi sul ginocchio destro praticamente continua a sollevare l'arto per cercare di scappare però dopo circa 10 minuti si calma e si mette a dormire.

seconda seduta (07/03/12)

zoe appoggia l'arto posteriore destro ma zoppica in maniera marcata, io avevo consigliato al proprietario di tenere il cane il più possibile a riposo ma purtroppo questo non è stato possibile il quanto il cane non rinuncia a correre tutto il giorno in giardino. Anche questa volta il trattamento inizia con il cane molto agitato e continua con un breve sonnellino di mezz'ora. Dopo la seduta il cane è molto più rilassato.

Terza seduta (14/03/12)

il proprietario riferisce che non vede miglioramenti, il cane continua a zoppiare vistosamente, l'unico miglioramento è che non ha più diarrea.

Quarta seduta (21/03/12)

zoe continua a zoppiare, anche se meno di prima, e quando si tocca il ginocchio destro trema ancora molto. A questo punto decido di interrompere le sedute e di aspettare almeno 15 giorni prima di procedere ad altre sedute.

Quinta seduta (04/04/12)

il proprietario riferisce che zoe zoppica molto meno di prima e soprattutto dopo che ha corso molto. Dal punto di vista gastroenterico è tornata normale ed è ingrassata un kg, è sempre molto vivace ma sembra meno agitata, passa molto più tempo in casa. Anche durante la seduta noto che non cerca più di scappare ma rimane tranquilla e accetta di farsi mettere gli aghi.

Sesta seduta (11/04/12)

zoe non zoppica più e soprattutto non manifesta più lo stato di agitazione che la caratterizzava prima. È ingrassata ancora un kg.

ROY



- Specie: cane
- Razza: labrador
- Sesso: maschio
- Età: 11 anni
- Peso: 52 kg
- Diagnosi occidentale: rottura legamento crociato destro.

1° VISITA:

visita clinica occidentale: paresi treno posteriore, con incapacità del cane a stare in stazione quadrupedale, algia alla palpazione del ginocchio destro, algia alla palpazione anca sinistra.

VISITA CINESE

Ispezione

Shen buono, il cane appare agitato ma per il desiderio di attirare l'attenzione su di sé, pelo opaco, senza forfora ma con presenza di alcune aree alopeciche, umide, rotondeggianti diffuse soprattutto ventralmente sull'addome. Soggetto obeso con masse muscolari toniche ad eccezione dell'arto posteriore sinistro. Difficoltà nella deambulazione con trascinarsi del treno posteriore. Mucose orali congeste con presenza di tartaro mentre le altre mucose nella norma. Lingua gonfia pallida con indurimento spesso e bianco.

Auscultazione ed olfazione

respirazione rumorosa con tachipnea.

Interrogatorio anamnestico

Roy è un cane molto buono ed affettuoso con tutti sia persone che altri animali, ama molto essere sempre al centro dell'attenzione e questo lo manifesta abbaiando molto quando vede una persona e fino a quando questa persona non lo accarezza e lo prende in considerazione lui continua. È un soggetto tranquillo e non ama molto il movimento infatti i proprietari non lo portano mai a fare passeggiate e si limitano a farlo andare nel loro piccolissimo giardino. Due anni prima roy ha subito un intervento di asportazione di un grosso lipoma localizzato nel terzo inferiore della parete laterale sinistra dell'addome. La proprietaria riferisce che prima di quell'intervento roy era sempre stato bene ma in seguito a problemi di risveglio dall'anestesia, i cui effetti durarono quasi tre giorni, iniziarono una serie di problemi. Iniziarono a manifestarsi dermatiti in diversi periodi dell'anno, diagnosticate come allergia da contatto e curate solo con antibiotici, e diarree ricorrenti curate con fermenti lattici e antibiotici.

Dopo un anno dal primo intervento roy ha subito un'ulteriore operazione per la rottura del legamento crociato craniale sinistro utilizzando la tecnica TPLO. L'intervento andò bene ma durante il ricovero roy si lussò l'anca sinistra e in seguito a ciò fu nuovamente sottoposto ad un intervento di riduzione della lussazione mediante asportazione della testa del femore. In seguito le cose non andarono bene perchè roy per circa 4 mesi non

riuscì nemmeno a sollevarsi in stazione quadrupedale, a causa anche del peso troppo elevato, circa 57 kg, procurandosi estese piaghe da decubito e conseguenti lunghe cure antibiotiche. Inoltre una volta riuscito a rialzarsi l'arto posteriore sinistro difficilmente riusciva a piegarlo assumendo sempre una posizione di estensione dell'arto stesso. Nel frattempo roy è stato sottoposto ad una dieta per perdere peso. Dopo pochi mesi a roy viene diagnosticata la rottura del legamento crociato craniale destro ma questa volta la proprietaria si rifiuta di sottoporlo ad intervento. Il problema che mi si è posto subito era l'incapacità del cane di sollevarsi con il treno posteriore perchè non poteva fare forza sull'arto sinistro. Nonostante ciò il cane era sempre di ottimo umore, con appetito conservato, feci e urine regolari.

Tipologia del soggetto

Terra

Palpazione

Temperatura corporea normale, pelo opaco con aree alopeciche, umide, rotondeggianti, con bordo rilevato, sensibilità alla palpazione dei Back shu BL 13, BL 17, BL 20, BL 23, intenso dolore alla palpazione del ginocchio destro e dell'anca sinistra. Presenza di edema a livello di ginocchio destro.

Alla palpazione dei polsi si rileva polso debole nella posizione del polmone, profondo nella posizione della milza e rene yin.

Diagnosi in MTC

BI-Sindrome da freddo

Terapia

prima seduta (23/02/2012)

seconda seduta (01/03/2012)

la proprietaria riferisce che roy tenta spesso di alzarsi e con il suo aiuto riesce a stare qualche minuto in stazione quadrupedale.

Terza seduta (08/03/2012)

roy accenna a fare qualche passo ma sempre con l'aiuto della proprietaria che lo tiene per la coda, comunque è sempre di ottimo umore e accetta volentieri la terapia.

Quarta seduta (15/03/2012)

roy è più stabile in stazione quadrupedale e tenta di fare qualche passo da solo, riesce ad uscire in giardino ma sempre zoppicando molto. Purtroppo fa sempre molta fatica ad alzarsi a causa della poca forza che può fare sull'arto posteriore sinistro operato.

Quinta seduta (22/03/2012)

roy inizia a camminare da solo anche se in maniera instabile, ha inoltre iniziato a fare le scale per andare al piano superiore dove, prima della prima rottura del legamento crociato sinistro, dormiva. Non riesce ancora a sollevarsi da solo.

Sesta seduta (29/03/2012)

roy mi viene incontro da solo facendo le scale del giardino sia in discesa che in salita, la deambulazione è ancora piuttosto incerta data anche dall'atteggiamento in estensione dell'arto posteriore sinistro, però riesce ad essere sufficientemente autonomo, riesce spesso ad alzarsi da solo e quando si muove in spazi ristretti riesce anche a girarsi senza cadere con il treno posteriore.

Settima seduta (05/04/2012)

non ci sono grosse variazioni rispetto alla settimana precedente ma decido di fare ancora qualche seduta.

Ottava seduta (12/04/2012)

roy sembra sempre più stabile sul treno posteriore e si muove facilmente ma sempre lentamente.

Nona seduta (19/04/2012)

decido di fare l'ultima seduta pur non essendoci grandi variazioni ma comunque roy cammina da solo anche se viene mantenuto un leggero grado di zoppia.

Follow-up dopo un anno:

roy non ha più avuto miglioramenti ma neanche peggioramenti dal punto di vista della patologia al ginocchio, purtroppo è peggiorata la dermatite che si è estesa a tutto il corpo ed è stata curata solo con terapie locali perchè la somministrazione di qualsiasi antibiotico causava la comparsa di vomito e diarrea.

BECKY



- Specie: cane
- Razza: Australian sheper dog
- Sesso: femmina
- Età: 10 anni
- Peso: 30 kg
- Diagnosi occidentale: rottura legamento crociato craniale sinistro in un soggetto con ernie discali a livello di T11-T12 e Li-L2 e presenza di una neoplasia alla mucosa vescicale, non classificata.

1° VISITA

Visita clinica occidentale: dolore intenso e mancato appoggio arto posteriore sinistro, anoressia, incontinenza urinaria ed ematuria. Cane molto spaventato.

VISITA CINESE

Ispezione

Shen buono, cerca di nascondersi dietro le gambe della padrona, è molto impaurita, pelo e cute normale, corporatura obesa con leggera ipotrofia delle masse muscolari del treno posteriore. Andatura incerta per mancato appoggio arto posteriore sinistro.

Mucose pallide, presenza di abbondanti quantità di tartaro, lingua pallida con induito bianco e spesso.

Auscultazione ed olfattazione

Intenso odore di urina intorno alla zona perineale dovuto ad incontinenza urinaria.

Interrogatorio anamnestico

Becky è di carattere docile, molto dolce con i proprietari ma molto spaventata quando vede gli estranei. Il suo atteggiamento, con le persone che non conosce, è sempre quello di nascondersi dietro le gambe della proprietaria e di non farsi toccare volentieri ma senza mai avere atteggiamenti aggressivi. Vive insieme ad un altro cane con il quale va molto d'accordo ma non viene mai portata fuori il suo ambiente costituito sia dalla casa, soprattutto di notte, che un giardino molto grande.

All'età di 5 anni, in seguito alla comparsa di una piometra, viene sterilizzata e in seguito a questo ha iniziato ad aumentare di peso in quanto non amava più fare le corse come prima.

All'età di 8 anni presenta un episodio di paresi del treno posteriore e dolorabilità alla palpazione della colonna vertebrale. Viene fatta una diagnosi di discopatia solamente con un esame neurologico in quanto i proprietari si rifiutano di sottoporla ad anestesia per l'esecuzione di una TAC. L'episodio si risolve con riposo assoluto per un mese e alcuni prodotti omeopatici specifici per questo tipo di problema.

Dopo un anno inizia a manifestare i sintomi di un'incontinenza urinaria, spesso associata anche a presenza di sangue. Viene sottoposta ad ecografia dalla quale si evidenzia la presenza di numerose masse dall'aspetto papillomatoso localizzate soprattutto in vicinanza del meato urinario interno. Si decide di sottoporre becky, per espressa volontà dei proprietari, ad un tipo di chemioterapia basata sull'utilizzo di rimedi

omeopatici per tentare di limitare il più possibile l'aumento di volume delle neoformazioni.

Dopo circa un anno becky improvvisamente non appoggia più l'arto posteriore sinistro, manifesta tremori diffusi a tutto il corpo e smette di alimentarsi. Non vuole più uscire in giardino e cerca di isolarsi per stare tranquilla. Viene diagnosticata la rottura del legamento crociato craniale sinistro e si decide di sottoporla al trattamento con l'agopuntura dopo circa 10 giorni.

Tipologia del soggetto

Acqua

Palpazione

temperatura corporea normale, pelo opaco e sempre bagnato nella parte posteriore del corpo, sensibilità alla palpazione dei Back shu BL 17, BL 20, BL 23, intenso dolore e tremori diffusi alla palpazione dell'arto posteriore sinistro.

Alla palpazione dei polsi si rileva polso profondo nella posizione del rene yin e milza, polso debole nella posizione del rene yang.

Diagnosi in MTC

BI-Sindrome da freddo

Terapia

prima seduta (10/11/2011)

seconda seduta (17/11/2011)

becky appoggia l'arto posteriore sinistro ma presenta una zoppia marcata, ha ripreso ad alimentarsi normalmente ma cerca sempre di nascondersi.

Terza seduta (24/11/2011)

becky zoppica meno ed è tornata vivace, esce in giardino e cammina volentieri.

Quarta seduta (01/12/2011)

becky zoppica solo dopo aver camminato molto, soprattutto a fine giornata.

Follow-up dopo un mese:

becky cammina e corre normalmente senza zoppiare, permane l'incontinenza urinaria con ematuria.

Follow-up dopo un anno e mezzo:

becky non ha più avuto recidive.

LARA



- Specie: cane
- Razza: terranova
- Sesso: femmina
- Età: 8 anni
- Peso: 75 kg
- Diagnosi occidentale: rottura legamento crociato craniale destro in un soggetto con sarcoma cutaneo.

1° VISITA:

Visita clinica occidentale: zoppia marcata arto posteriore destro, presenza di una neoformazione sulla parete ventrale dell'addome caudalmente all'apofisi xifoidea dello sterno.

VISITA CINESE

Ispezione

Shen buono, cane molto tranquillo ma desideroso di attenzioni, pelo lucido, corporatura

obesa con masse muscolari toniche, andatura caratterizzata da zoppia marcata all'arto posteriore destro.

Mucose normali, presenza di tartaro e lingua gonfia, pallida con sottile induito bianco.

Auscultazione ed olfazione

quando il cane cammina e appoggia l'arto posteriore destro si sente il "click meniscale"

.

Interrogatorio anamnestico

Lara ha vissuto per sette anni chiusa in un serraglio di dimensioni non molto grandi e l'unica possibilità di muoversi era quando la proprietaria, a turno, faceva uscire in giardino i dieci cani che custodiva. All'età di 7 anni, per impossibilità da parte della proprietaria di continuare ad occuparsi di questi cani, viene data in adozione ad un'altra persona. Da questo momento la vita di Lara cambia completamente in quanto, oltre a essere libera di muoversi in un giardino grande, anche di entrare e dormire in casa. Nel giro di qualche mese è aumentata notevolmente di peso sia in seguito all'intervento di sterilizzazione, perchè viveva insieme ad un altro cane maschio, sia perchè la nuova proprietaria ha aumentato molto la sua razione dato il suo appetito smisurato.

Lara è un cane molto docile ed affettuoso, si è subito adattata alla nuova famiglia e al nuovo cane con il quale passa intere giornate a giocare e a rincorrersi. Il nuovo compagno essendo molto giovane e anche molto irruento spesso, quando giocano, la fa cadere. In seguito ad uno di questi episodi Lara inizia a zoppiare vistosamente e mentre appoggia l'arto posteriore destro si sente il rumore di "click meniscale". Viene fatta una diagnosi di rottura del legamento crociato craniale destro e frattura del menisco mediale e dopo diverse somministrazioni di antinfiammatori non steroidei che non procuravano nessun miglioramento, la proprietaria decide di sottoporla al trattamento agopunturale.

Lara presenta sulla cute della parete ventrale dell'addome, in corrispondenza del punto CV 12, una neoformazione rilevata, occupante l'intero spessore della parete addominale, del diametro di dieci centimetri, né calda né dolente. Le feci e le urine sono regolari.

Tipologia del soggetto:

terra

Palpazione

Temperatura corporea normale, pelo lucido, sensibilità alla palpazione dei Back shu BL 13, BL 20, BL 23, BL 25, algia alla palpazione del ginocchio destro con presenza di edema.

Alla palpazione dei polsi si rileva polso profondo nella posizione del polmone e rene yin e polso superficiale nella posizione della milza.

Diagnosi in MTC

BI-Sindrome da freddo

Terapia

prima seduta (09/01/2012)

seconda seduta (16/01/2012)

lara zoppica meno e cammina volentieri ma non corre

terza seduta (23/01/2012)

nessun miglioramento rispetto alla seduta precedente

quarta seduta (30/01/2012)

lara ha iniziato a fare brevi corse con il suo compagno ma la zoppia è ancora evidente, è scomparso il "click meniscale" che si percepiva quando appoggiava l'arto posteriore destro. Decido di fare altre due sedute perchè penso che la difficoltà nella remissione dei sintomi sia dovuta anche al peso troppo elevato di lara.

Quinta seduta (06/02/2012)

lara zoppica solo alla sera, è molto più vivace, e gioca volentieri con l'altro cane.

Sesta seduta (13/02/2012)

lara zoppica solo raramente e corre nuovamente come prima, consiglio alla proprietaria, visto che il cane apparentemente sta bene di approfondire la neoformazione sulla parete ventrale dell'addome.

Follow-up dopo due mesi:

lara è stata sottoposta a intervento chirurgico di asportazione della neoformazione cutanea risultata essere un sarcoma.

Follow-up dopo nove mesi:

lara ha subito altri due interventi in seguito a recidiva del sarcoma cutaneo però non ha più avuto recidive relativamente alla rottura del legamento crociato craniale.

CONCLUSIONI

Lo scopo di questo lavoro era di eliminare il dolore e di ottenere un precoce appoggio dell'arto interessato dalla rottura del legamento crociato craniale, nonché la stabilizzazione dell'articolazione in soggetti che non potevano essere sottoposti ad intervento chirurgico per gli elevati rischi dovuti all'età e alla presenza di patologie sottostanti.

Il risultato è stato non solo il raggiungimento degli obiettivi su esposti ma un miglioramento generale delle condizioni dei soggetti trattati. Inoltre il tutto è avvenuto senza dover applicare particolari limitazioni al movimento dei pazienti.

In definitiva l'utilizzo dell'agopuntura può migliorare lo stato energetico in un paziente anziano, con vitalità diminuita e risolvere, senza utilizzo di farmaci e senza effetti collaterali, i sintomi legati ad una patologia, come la rottura del legamento crociato craniale, che provoca gravi limitazioni funzionali al soggetto colpito.

BIBLIOGRAFIA

1. E. Minelli (2000). *Le cinque vie dell'agopuntura*. Gamma Editco.
2. G. Maciocia (1996). *I Fondamenti della Medicina Tradizionale Cinese*. Casa Editrice Ambrosiana.
3. A. M. Shoen (2001). *Veterinary Acupuncture*. Mosby.
4. Marialetizia Mancini (2006). *Esame TC del ginocchio del cane nella rottura del legamento crociato craniale*. Estratto da: Tesi di Marialetizia Mancini, Relatore Prof. Leonardo Meomartino, Corso di Laurea in Medicina Veterinaria presso Università degli Studi di Napoli "Federico II", a.a. 2005-2006.
<http://www.radvet.unina.it/Tesi%20Letizia%20Mancini.pdf>.
5. SIAV: *Appunti di lezione*, a.a. 2012-2013.
6. Mauro Navarra (2001). *Sindromi Bi*. Scuola Italo-Cinese di Agopuntura - Roma
http://www.agopuntura.org/html/mandorla/rivista/numeri/Giugno_2001/Sindromi_bi.htm
7. Quirico Piero Ettore (2008). *L'agopuntura nelle patologie muscolo-scheletriche*. Medicina Naturale, novembre 2008.
8. Antonio De Mario (2006). *Gonartrosi: Medicina occidentale e Medicina Tradizionale Cinese: "Raffronto tra 2 visioni"*. Estratto da: Tesi di Antonio De Mario, relatore Dott. Franco Cracolici, Scuola di Agopuntura tradizionale cinese della città di Firenze, a.a 2005-2006.
http://www.scuoladiagopuntura.it/tesi_agopuntura/demaria.pdf.
9. Fossum T.W. (2004). *Articolazione del ginocchio: rottura del legamento crociato craniale*. In: Chirurgia dei Piccoli Animali, 2° Ediz., Masson-EV, Milano.
10. Slocum B., Slocum T. D.(1993). *Tibial plateau levelling osteotomy for repair of cranial cruciate ligament rupture in the canine*. Vet. Clin. N. Am. Small. Animal. Pract. 23: 777-795.
11. Huber D.J., Egger E.L., James S.P. (1999). *The effect of knotting method on the structural properties of large diameter non-adsorbable monofilament sutures*. Vet. Surg. 28: 260 -267.