

CASI INDIMENTICABILI IN ONCOLOGIA INTEGRATA

Dott. Rosaria Ferreri
Medico Omeopata del Centro Ospedaliero di Medicina Integrata ASL9 Grosseto

Congresso Nazionale SIOMI 2016

HOMEOPATHY

□ L'omeopatia nel paziente oncologico viene già da tempo utilizzata come medicina complementare; da molti pazienti viene praticata (come anche le altre discipline complementari) all'insaputa del medico oncologo, pertanto al di fuori di qualsiasi studio controllato: quindi, anche le potenzialità delle terapie omeopatiche vengono per così dire "disperse"

L'omeopatia può sostenere e migliorare lo stato generale durante i trattamenti oncologici, alleviandone gli effetti collaterali, stimolando la resilienza del paziente

Attenzione: i pazienti potrebbero confidare eccessivamente nelle terapie complementari:
l'omeopatia non è una terapia oncologica

3

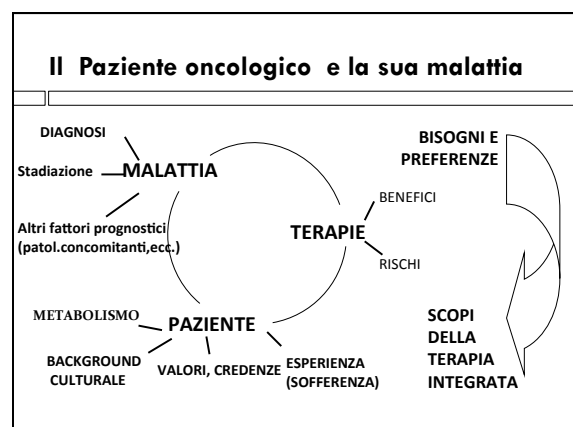
Medicina integrata in oncologia: l'esperienza di Pitigliano

□ Il nostro modello di comportamento da tenere in concomitanza con qualunque terapia specifica si voglia fare nei confronti della patologia oncologica secondo un razionale di medicina integrata mira a:

- ◆ ridurre l'entità degli effetti collaterali
- ◆ migliorare la tenuta della terapia
- ◆ migliorare la compliance del paziente
- ◆ riequilibrare il metabolismo energetico del paziente oncologico

Dalla parte del paziente...

- Se spostiamo l'attenzione dalla parte del paziente, la diagnosi di cancro coincide con la perdita di un modo personale di stare al mondo e di interagire con esso.
- La diagnosi e la terapia integrata del paziente oncologico non possono quindi prescindere da verificare cosa significa la perdita dello stato di salute per il paziente, nè tanto meno possono trascurare l'importanza delle esperienze di vita, delle vicende personali e di altre peculiarità del paziente.
- La cosiddetta Medicina dell'Ascolto e della Narrazione è estremamente importante per arrivare a formulare una diagnosi corretta e prescrivere una terapia appropriata e personalizzata.



Comorbidità :

- malattie o condizioni croniche già presenti all'atto della diagnosi di patologia oncologica che gravano con la loro morbidità non solo sui sintomi ma anche sulla risposta farmacologica , sulla possibile insorgenza di fenomeni di tossicità e sulla prognosi a breve e lungo termine della patologia oncologica.

studio su comorbidità in 184 paz. oncologici

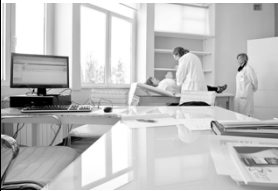
- 48% di questi pazienti erano in terapia per patologie presenti già all'atto della diagnosi oncologica

VALUTAZIONE DEL GRADO DI COMORBIDITA'	
33.3% pat. metaboliche (diabete, iperlipemie, sovrappeso/obesità)	
28% pat. Artroreumatiche(artrosi o poliartrite cronica, fibromialgia, artrite reumatoide)	
20% pat. CV/ematopoietico (ipertensione, aritmie, anemie)	1% comorbidità di grado 4
12.7% pat. Tiroidee (tiroidite)	22% comorbidità di grado 2
5% pat. Gastrointestinali (colite, patologie epatobiliari)	24% comorbidità di grado 1
1% pat. Renali (insufficienza renale cronica)	52% comorbidità di grado 0

Indicazioni cliniche prioritarie per un intervento di Medicina Integrata in corso di patologie oncologiche

- ◆ Sintomi funzionali quali mal di testa, insonnia, stanchezza, ecc.
- ◆ Condizioni per cui non c'è nessun trattamento efficacia convenzionale disponibile o per le quali il trattamento convenzionale non ha sortito alcun risultato o non era possibile praticarlo
- ◆ Condizioni estemporanee che richiederebbero il contemporaneo uso di farmaci convenzionali ma il cui impiego non è compatibile con la terapia in corso

I bisogni dei pazienti coincidono con i nostri obiettivi



- 80.9% miglioramento della QoL
- 52.4% sostegno durante le terapie oncologiche (effetti collaterali della chemio / radioterapia)
- 42% gestione delle comorbidità per evitare un eccesso di carico farmacologico

CASI CLINICI INDIMENTICABILI

CASO CLINICO: M.I. 84 A. DONNA

- Carcinoma uroteliale
- Visita di medicina integrata per: cefalea con vampate di calore al viso ed epigastralgia resistente alla terapia convenzionale, ansia
- Rimedi omeopatici: AURUM METALLICUM, PHOSPHORUS, NUX VOMICA
- RISULTATI: RISOLUZIONE DEI SINTOMI, RIDUZIONE DEL LIVELLO DI ANSIETA'

□ **Aurum metallicum:** la sindrome ansiosa è piuttosto frutto di una depressione legata sia all'età che alla condizione patologica , oltre che anche alla degenerazione vascolare che comporta in questo caso la comparsa della cefalea le cui caratteristiche richiamano specificatamente questo rimedio

□ **Phosphorus:** quasi sempre appoggio metabolico nei soggetti affetti da patologie neoplastiche, in questo caso risulta utile per la congestione al capo che origina una cefalea pulsante

□ **Nux vomica:** l'ansia, la cefalea , ma anche il carico farmacologico sono le principali motivazioni di scelta di questo rimedio che risulta tra i più adoperati nel paziente oncologico

CASO CLINICO: G.E. 58 a., maschio

□ Cachessia post gastrectomia per ca. gastrico

□ Magistrale omeopatico : protocollo per cachessia (ARSENICUM ALBUM, SILICEA , CARBO VEGETABILIS)

□ Risultato: miglioramento dell'astenia

MAGISTRALI OMEOPATICI PER "cancer-associated syndromes"

- **CHEMIO/RADIOTERAPIA** (CAUSTICUM , BELLADONNA, RADIUM BROMATUM)
- **Anemia/leucopenia** (SILICEA-MIDOLLO OSSEO-HEPATINE-NEFRINE)
- **Nausea/vomito** (CADMIUM Sulphuricum.,IPECA, LOBELIA, TABACUM)
- **Menopausa in corso di chemio/radioterapia** (SEPIA O NATRUM C.,LACHESIS, SANGUINARIA C., GLONOINUM e BELLADONNA)
- **Astenia /Cachessia** (ARS.ALBUM, SILICEA, CARBO VEGETABILIS)

MAGISTRALE OMEOPATICO

□ Somministrazione orale di rimedi sotto forma di preparazioni magistrali in gocce


La formulazione comprende:

- Sintomi fisici e /o psichici
- Modello reattivo
- Profilo metabolico
- Rimedi specifici (organo/sistema)



Motivazioni per la scelta del magistrale omeopatico

- Diminuire i costi della terapia (12-15 euro/mese di terapia)
- Aumentare la compliance del paziente (soprattutto per i pazienti anziani)
- Semplificare la somministrazione



Il caso di Federico, anni 6

- A portare alla nostra attenzione il caso è il padre di Federico che viene in ambulatorio dicendo che il bambino, affetto da osteosarcoma tibiale, in terapia con chemioterapici, da circa un mese non riesce più ad alzarsi dal letto: fortemente dimagrito lamenta astenia-anoressia-vomito- debolezza-diarrea- dolore osseo che peggiora con il movimento e poi: **“ e’ talmente nervoso che si irrita al solo guardarlo!”**; il padre dice che ora qualunque cosa mette in bocca dopo un pochino vomita. Non potendolo portare con sé mi ha portato a vedere le sue analisi...

CLINICA CLINICA

Temperatura	36.3	mal/m	36 - 38
Frequenza cardiaca	60	mal/m	50 - 90
Frequenza respiratoria	20	mal/m	15 - 25
Pressione arteriale	90/60	mal/m	90 - 110
Saturazione O2	98	mal/m	95 - 100
Emoglobina	12.5	mal/m	11 - 15
Ematocrito	38	mal/m	35 - 45
Emoglobina A1c	5.5	mal/m	5 - 6.5
Proteine totali	6.8	mal/m	6.5 - 8.5
Albumina	4.5	mal/m	3.5 - 5.5
Gamma globuline	2.3	mal/m	1.5 - 2.5
PT - Protrombina	13.5	mal/m	11 - 14
PTT - Fibrinolisi	28	mal/m	15 - 35
Clot - Trombolisi	471	mal/m	85 - 105
Clot - D-dimerasi	521	mal/m	30 - 60
Clot - Alachina	40	mal/m	131 - 229
Clot - D-dimerasi Transferriti	138	mal/m	0.00 - 0.50
	4.23	mal/m	0.25 - 1.00
	1.06	mal/m	0.08 - 0.35
		mal/m	5 - 40
		mal/m	5 - 40
		mal/m	350 - 470
		mal/m	Fluor alla placenta 200-450
		mal/m	5 - 45
		mal/m	150 - 145
		mal/m	250 - 510
		mal/m	98 - 107

- Come fare per poterlo vedere?
- Stabiliamo un collegamento con Skype...
- Il bambino ha in mano qualcosa, invito i familiari presenti con lui a farmi vedere cosa è: UN PEZZO ENORME DI FORMAGGIO che lui tiene in bocca come un lecca-lecca e i parenti dicono che è l'unica cosa che mangia dalla mattina alla sera...ascolto il suo lamento, riesco a parlare con lui promettendogli di aiutarlo in tutti i modi: e poi è tifoso della mia stessa squadra!
- Bene! Rimocchiamoci le maniche, ecco la terapia integrata che gli ho assegnato:

- MAGISTRALE OMEOPATICO :
- SILICEA 15 o 30 CH- CALCAREA PHOSPHORICA 15 o30 CH-SYMPHITUM 9 CH ana parti gocce: 10 gocce 1-2 volte al giorno
- a cui aggiungo STAPHYSAGRIA tubo dose 30 CH e 200 CH da alternare

- Vitamina D con DHA e Reishi estratto totale
- EVITARE: CARNE ROSSA- FORMAGGI- ALIMENTI SALATI E CONSERVATI E LIEVITI
- PREFERIRE: LEGUMI (LENTICCHIE)- PESCE – RISO/ pasta INTEGRALE o FARRO – verdure fresche (ricche di clorofilla e licopene)

Titolo / Relatore

mail del padre dopo circa un mese di terapia integrata.....

Federico sta benissimo , a livello generale . Non perde peso , mangia e beve regolarmente , non ha problemi di urine/feci .

Anche il dolore alla gamba è pressoché scomparso .

Ha soprattutto ha recuperato a livello psicologico . Sembra un altro bambino rispetto ad un mese fa .

Appena esco dall'ospedale provo ad inviarti i referti degli esami ematici .

Ventire per me sarà difficile , proveremo ad organizzare qualcosa .

Di faccia sapere

Di from my iPhone

giorno

scritto

Opedale Pediatrico Bambino Gesù
ISTITUTO DI RICERCA E CURA A CARATTERE UNIVERSITARIO
 Laboratorio Analisi - Sede di Roma via Salaria 151
 Laboratorio Prof. Maurizio Negrini

Data di nascita: 21/02/2013 Cita. 10-40

Id. 01447002 Rip. [redacted] **FEDERICO** Provvenienza: 95 AC ONCOLOGIA
 Data Ingresso: 12/05/2015 Anno: 31

Richiesta: 02213711 21/05/2015 [redacted] 8.28

Esame: [redacted] Data: [redacted] Con Referto

CHIMICA CLINICA DI BASE

CHIMICA CLINICA	Valore	Unità	Intervallo
Glicemia	82	mg/dl	60 - 110
Albumina	9	mg/dl	5 - 18
Acido Urato	0.21	mg/dl	0.20 - 0.90
Creatinina	6.7	mg/dl	4.4 - 8.3
Proteine totali	4.1	mg/dl	3.5 - 5.5
Albumina	4.3	mg/dl	3.4 - 7.0
Acido Ossalo	9.8	mg/dl	8.5 - 10.5
Calcio	5.3	mg/dl	3.0 - 6.0
Fosforo	1.91	mg/dl	1.71 - 2.07
Magnesio	0.06	mg/dl	0.00 - 0.50
Proteina C reattiva	0.49	mg/dl	0.25 - 1.00
Bilirubina totale	0.14	mg/dl	0.04 - 0.25
Bilirubina diretta	0.1	mg/dl	0 - 0.2
ALT / GPT - Transaminasi	45	U/L	5 - 40
AST / GOT - Transaminasi	39	U/L	5 - 40
LDH - Lattato deidrogenasi	408	U/L	230 - 470
FE - Fosfatasi alcalina	54	U/L	32 - 224
FP - Fosfatasi alcalina	8368	U/L	4000 - 13000
LP - Fosfatasi alcalina	275	U/L	Fino alla pubertà: 200-450
TT - Gamma-Glutamyl Transferasi	31	U/L	5 - 45
Ala	140	mg/dl	35 - 145
Amilasi	443	mg/dl	50 - 150
Amo	163	mg/dl	92 - 107

**E PER FINIRE, VI PRESENTO...
LA SIGNORA ANNA**

La storia....

- PAZIENTE DI A .70- sempre bene, nessuna patologia di rilievo, sempre attiva, ha sempre lavorato in bottega dalla mattina alla sera...
- Nel mese di ottobre 2014 comparsa di una tumefazione parotidea che veniva dapprima considerata di natura infettiva e trattata con antibiotici, poi, sottoposta a biopsia, si evidenziò la natura neoplastica della lesione.
- Si presenta in ambulatorio a dicembre 2014 accompagnata dai figli: lamentava anche un dolore insopportabile a causa della neoformazione al viso attualmente in corso di definizione, ma verosimilmente di natura neoplastica
- Ella è molto provata dal dolore al volto che nessun antidolorifico riesce a sedare; poi le hanno detto che dovrà fare una terapia molto pesante e dice: **“ adesso soffro con questa cosa qui, figuriamoci quando farò le chemio: una parente mia l' ha fatta e non si è alzata più dal letto. Ma io mica voglio fare la sua fine; così i figli miei mi hanno detto di venire da lei ed io ci ho detto di sì”**

Questo Diagnostico
 di questo Diagnostico non presente ***

Referto:
 RM cranio e collo con MDC
 Hodgkin completa impiegando sequenze FSE, DWI e 3D-FSPGR prima e dopo rido e.v. con immagini secondo piani multipli.

E' evidente una estesa tumefazione con epicentro nello spazio masticoide di destra che risulta pressoché completamente coinvolto da tessuto ipointenso nelle immagini T1w. In presenza di DWI e con marcato enhancement dopo rido. Praticamente tutti i muscoli masticoide sono infiltrati e l'entimandibola destra inglobata dalla lesione in gran parte risulta infiltrata con assottigliamento della corticale e analogo alterazione di segnale nel contesto della spongiosa ossea. In particolare nella sua metà anteriore c'è un nodulo di circa 1 cm di diametro che costituisce completamente la spongiosa ossea. Il condilo risulta anch'esso completamente compattato e scostato. Anche l'osso temporale destro e la grande ala dello sfenoide in adiacenza al tessuto descritto mostrano ad interessare il forame ovale destro e di lì raggiunge la loggia cavernosa dx. Superficialmente l'alterazione descritta si continua con la ghiandola parotide in parte infiltrata ed in parte dislocata posteriormente, la fascia cervicale superficiale è anch'essa infiltrata ed ispessita. In profondità lo spazio parafaringeo dx risulta dislocato contralateralmente ed in minima parte infiltrato.

Antero-medialmente e cranialmente il tessuto descritto prende rapporti con il processo alveolare dell'osso mascellare nel cui contesto si apprezzano analoghe aree focali di alterato segnale.

Ci sono alcune linfonadenomegalie dei livelli Ila e Ili a destra, la maggiore di 13 mm di diametro trasverso massimo, con analogo alterazione di segnale espressione di estensione linfonodale del processo descritto.

Inoltre in tutta la teca cranica si apprezzano multiple lesioni nodulari con analogo alterazione di segnale ed enhancement, inferiori a 1,5 cm, di verosimile natura secondaria. Tutti i metameri rachidici cervicali mostrano una diffusa ipointensità di segnale nella immagini T1w della spongiosa ossea: reperto sospetto per sostituzione o comunque per "inversione midollare" con riduzione della fisiologica componente di midollo osseo adiposo.

Non evidenti metastasi intraparenchimali cerebrali. Non idrocefalo.

Non evidenti metastasi intraparenchimali cerebrali. Non idrocefalo.

Ampliato: il processo descritto è di verosimile natura eteroformativa primitiva o secondaria, fra le ipotesi una patologia emolinfoproliferativa, un sarcoma o tessuto metastatico. Opportuno approfondimento istopatologico centrato sullo spazio masticoide destro.

ama, 31/12/2014 Dott. TOMMASO TARTAGLIONE
 Referto Firmato

Es. istologico definitivo: in corso di refertazione.

Decorso post-operatorio: regolare.

Durante il ricovero ha eseguito:
Consulenza terapia del dolore (07.01.2015): paziente con voluminosa neoformazione della loggia , la paziente riferisce dolore di intensità elevata VAS 8-9 parzialmente controllato dalla somministrazione di perfolgan. La signora riferisce di non riuscire a riposare la notte consiglio di modificare la terapia:
 Perfolgan 1 gr x 3; Contramal 15 gti x tre 8-16 23.

+ **Reche - T2w1**
TC torace con m.d.c.(09.01.2015): Non sono evidenti alterazioni espansive o infiltrative del parenchima polmonare. Micronodulo aspecifico del lobo superiore dx (ima 4-100) e del lobo inferiore sn (4-153 3mm). Strie lamellari di ipoventilazione della lingua. Non versamenti nelle cavità pleuriche. Pervie le principali vie aeree. Non linfonadenomegalie ilari e mediastiniche. Né linfonadenomegalie ascellari. Non alterazioni tomografiche del parenchima epatico. Non dilatazioni biliari intraepatiche. Pervia la vena porta ed i suoi rami principali. Colecisti fisiologicamente ed esente da alterazioni parietali ed endoluminali. Non alterazioni tomografiche del parenchima splenico. Milza accessoria di 2 cm. Pancreas di morfologia nei limiti della norma. Non alterazioni del dotto di Wirsung. Non espansi nelle logge surrenali. Reni di morfologia regolare.

Dicembre 2014

- DIAGNOSI DI :
 • linfoma NH plasmoblastico della parotide destra e mieloma multiplo (con localizzazione mandibola e probabile secondaria localizzazione su bacino e teca cranica)
- in programma :
 • 12 cicli di chemio da gennaio ad aprile 2015 schema CyBORd
 • (cyclofosamide, bortezomib – Velcade- e desametasone) e successive 15 sedute radioterapia



Terapia integrata

- Magistrale sostegno chemio/radio: CAUSTICUM- BELLADONNA - RADIUM BROMATUM
- Complementari: RUTA – SILICEA – HEPATINE- RENINE
- Reishi/shitake/maitake miscela e.s. 720 mg x 3 v/die
- Ascorbato di potassio 450 mg + ribosio 3 mg- vit C 150 mg - acetilcisteina 450 mg- coenzima Q 100 mg- ac lipoico 50 mg – seleniometonina 82 mg (miscela preconfezionata)
- 1-2 v /sett: Olio ribes nero (DGLA) 450 mg e omega 3 1g/die
- 1-2v/sett: DHA 450 mg / die e semi lino olio 1 g/die
- Vit . D 2000 UI/ die
- Polidatina (da Polygonum c.) : 160 mg/die

Dieta

- No zuccheri (anche alcol, fruttosio, miele, succhi di frutta, ecc), carboidrati raffinati e prodotti industriali di qualsiasi natura
- No latte e derivati- no grassi animali (salumi, ecc)
- Solo cereali integrali e a basso indice glicemico
- Solo pesce piccola taglia (NO CARNE)
- Verdure e frutta non alto indice glicemico
- Legumi
- Poco sale (no alimenti salati , conservati, affumicati, ecc)

- NESSUN EFFETTO COLLATERALE CHEMIO DIPENDENTE (NEUROPATIA MANI – PIEDI, DIARREA- CEFALEA, LEUCOPENIA, ANEMIA)
- COMPLIANCE OTTIMA DELLA PAZIENTE (anche qualche dose di IGNATIA è stata necessaria...)
- FERRITINA : dal valore iniziale di 695 dopo 2 e 5 mesi scesa a 114 e poi 94


Febbraio 2015 **Giugno 2015**

Foto del luglio 2015

Gemelli Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli
 Dipartimento di Biomedicina e Scienze Radiologiche
 CENTRO PET-TAC 10184 - ROMA - LARGO FRANCESCO VITO, 1 - Tel. 06/50156745-47
 ANNA
 ESAME PET-TC ESEGUITO IL 15/12/2015
 T.S.N.M. ARNALDO ABBATE
 Questo Diagnostico: Valore in Petrolio con diagnosi di Infame Parametria a dicembre 2014 con localizzazione di infame alla ghiandola parotidea destra, tralata con 12 mesi di Valore ultimo ad Aprile 15, Successiva PET su parotidea di sinistra il 12/10/15. Esistenza di lesioni ad elevato non capillari FDG all'ultima PET-TC di Giugno 2015.
 Parametri Tecnici: Tipo di esame: 18F-FDG PET-TC CORPOREA GLOBALE
 Attività somministrata: MBq: Giorno: 90 mg/1g
 Metodologia: In corso di visita mediconeurologica è stata verificata l'appropriatezza della richiesta.
 L'acquisizione PET è stata eseguita dopo circa 60 minuti dalla somministrazione endovenosa del radiofarmaco ed in modalità 3D. L'acquisizione TC è stata eseguita con tecnica spirale multiselezione (vedi dati tecnici) sono stati utilizzati anche per la correzione dell'attenuazione.
 QUADRO PET-TC: L'esame PET-TC globale corporea, riferito a confronto con lo studio PET-TC di giugno 2015, conferma l'assenza di immagini caratterizzate da aumentata attività metabolica da riferire a patologia neoplastica, in particolare nella regione parotidea destra e sotto-mandibolare orofaringea.
 Si confermano le aree osteolitiche già descritte nel precedente controllo PET-TC e localizzate a livello della teca cranica in sede frontale bilaterale e in sede paranasale anteriore da, nonché a livello del letto sacrale e dell'ipofisi di S2 a sinistra, tuttora in assenza di alterazioni metaboliche.
 Non si rilevano ulteriori anomalie di distribuzione del tracciante metabolico a carico delle restanti regioni corporea esaminate. Raccolte fluide in sede sottospinale bilateralmente, con maggior evidenza a destra (diametro trasverso massimo di circa 4,8 cm).
 CONCLUSIONI: Esame negativo per patologia neoplastica ad elevata attività metabolica.



Grazie per l'ascolto



Ognuno di noi ogni giorno racconta qualcosa: raccontiamo noi stessi agli altri, raccontiamo avvenimenti del nostro passato, raccontiamo le nostre aspettative per il futuro. La narrazione dell'esperienza personale dovrebbe avere un ruolo significativo anche nelle relazioni di cura perché quando la sofferenza viene inserita in racconti reali e diventa condivisibile si trasforma in risorsa