

FARMACI

AGGIORNAMENTO CONTINUO PER LA PRATICA CLINICA

©2018 • Volume 17 • N. 3 (Estratto)

Direttore Scientifico: Ercole Concia - Direttore Editoriale: Matteo Bassetti

Il trattamento del piede paretico secondario a spondilopatie degenerative, osteoporotiche e traumatiche e ad esiti di frattura di gamba secondo un protocollo terapeutico avanzato: studio clinico e strumentale su 110 casi

**Treatment of paretic foot secondary to
degenerative, osteoporotic and traumatic
spondylopathies and fracture of leg
outcomes according to an advanced
therapeutic protocol: clinical and
instrumental study on 110 cases**

Millo Massimo, Millo Emanuele Enrico*

Specialista ortopedico, Chiavari; *m.c.b.& osteopata, Chiavari

*Comunicazione al 67°Corso di Chirurgia del piede
tenuto dal Prof. Giacomo Pisani a Santa Vittoria d'Alba dal 15 al 20 Aprile 2018*

Comitato Scientifico Editoriale:

ALLEGRA C.	BIANCHI PORRO G.	CONCIA E.	ESPOSITO S.	OLIVIERI D.	TODESCO S.
ALTAMURA C.	CACCIAPUOTI F.	CRINÒ L.	FERRARA P.	PUDDU P.	VAIRA D.
AMBROSIONI E.	CAMANNI F.	DAL PALÙ C.	LUISSETTI M.	SCAGLIONE F.	VISCOLI C.
BASSETTI M.	CARRATÙ L.	DE GRANDIS D.	MALERBA M.	SIRTORI C.	
BELLIA V.	CARRUS P.	DI BIAGIO A.	MANCINI M.	STERNIERI E.	

FARMACI

AGGIORNAMENTO CONTINUO PER LA PRATICA CLINICA

Direttore Responsabile: Antonio Guastella

©2018 MEDIZIONI S.r.l. - Cod. 7/18
Via Monte delle Gioie, 13 - 00199 Roma
tel. 06.81.15.30.40/fax. 06.81.15.30.63
medizioni@medizioni.it

Vol. 17 - n. 3/2018 - settembre-dicembre
Reg. Trib. di Roma n. 238 del 23/5/2002
Periodicità quadrimestrale

Tutti i diritti sono riservati.
Nessuna parte può essere riprodotta in alcun modo
(compresa fotocopia), senza il permesso scritto dell'editore.

Stampa: CSC Grafica Srl
Via A. Meucci, 28 - 00012 Guidonia (Roma)

Estratto finito di stampare nel mese di novembre 2018

Il trattamento del piede paretico secondario a spondilopatie degenerative, osteoporotiche e traumatiche e ad esiti di frattura di gamba secondo un protocollo terapeutico avanzato: studio clinico e strumentale su 110 casi

Treatment of paretic foot secondary to degenerative, osteoporotic and traumatic spondylopathies and fracture of leg outcomes according to an advanced therapeutic protocol: clinical and instrumental study on 110 cases

Millo Massimo, Millo Emanuele Enrico*

*Specialista ortopedico, Chiavari; *m.c.b. & osteopata, Chiavari*

Comunicazione al 67°Corso di Chirurgia del piede tenuto dal Prof. Giacomo Pisani a Santa Vittoria d'Alba dal 15 al 20 Aprile 2018

Abstract

This article describes the use, from January 2006 to January 2017, of a particular therapeutic protocol (quarterly attack and annual maintenance) on a total of 110 patients enrolled in a polycentric, observational, retrospective clinical study, and suffering from degenerative, osteoporotic and traumatic spondylopathies and outcomes of fracture of the leg, all with serious neurological deficits of the foot, at ASL3 Genovese, ASL4 Chiavarese the INAIL headquarters of Chiavari, the "Chirotherapeutic" Institute of Rapallo and the "Villa Ravenna" Clinic In Chiavari. The result of this study was that it is a valid therapeutic choice and free from side effects, contraindications and interactions with other drugs.

Riassunto

In questo articolo viene illustrato l'impiego, dal gennaio 2006 al gennaio 2017, di un particolare protocollo terapeutico (d'attacco trimestrale e di mantenimento annuale) su un totale di 110 pazienti esaminati in uno studio clinico policentrico, osservazionale, retrospettivo, e affetti da spondilopatie degenerative, osteoporotiche e traumatiche e da esiti di frattura di gamba, tutti con gravi deficit neurologici del piede, presso la ASL3 Genovese, la ASL4 Chiavarese la sede INAIL di Chiavari, l'Istituto "Chirotherapeutic" di Rapallo e la Clinica "Villa Ravenna" a Chiavari. Il risultato di tale studio è stato che si tratta di una scelta terapeutica valida e esente da effetti collaterali, controindicazioni e interazioni con altri farmaci.

Materiali e metodi

Dal gennaio 2006 al gennaio 2017, presso la ASL3 Genovese, la ASL4 Chiavarese la sede INAIL di Chiavari, l'Istituto "Chirotherapeutic" di Rapallo e la Clinica "Villa Ravenna" a Chiavari, è stato condotto uno studio clinico policentrico osservazionale retrospettivo circa l'impiego di un particolare protocollo terapeutico d'attacco trimestrale e di mantenimento annuale su un totale di 110 pazienti (60 femmine 50 maschi, di età media di 60 anni) affetti in diversa misura (che in seguito specificheremo) da spondilopatie degenerative, osteoporotiche e traumatiche e da esiti di frattura di gamba, tutti con gravi deficit neurologici del piede con le relative revisioni a 3 mesi, 6 mesi, 9 mesi e 12 mesi dall'inizio dello stesso.

Quasi tutti i 110 pazienti, all'inizio del presente protocollo terapeutico, presentavano deficit grave di ECD, ELA, flessori dita, TA e Achilleo, ovvero tutte le caratteristiche cliniche di un piede paretico.

Venivano osservati 50 pazienti (20 maschi e 30 femmine) affetti da spondiloartrosi L-S con protrusioni ed ernie discali lombari con grave deficit di ECD (estensore comune delle dita del piede), di ELA (estensore lungo dell'alluce), del TA (tibiale anteriore), dei flessori delle dita del piede e dell'Achilleo e da osteoporosi diffusa, 40 pazienti (18 maschi e 22 femmine) affetti da fratture sia su base osteoporotica (30:10 maschi e 20 femmine) che traumatica (10:8 maschi e 2 femmine) della colonna vertebrale lombare con gravi deficit neurologici di ECD (estensore comune delle dita del piede), di ELA (estensore lungo dell'alluce), del TA (tibiale anteriore), dei flessori delle dita del piede e dell'Achilleo e 20 pazienti (10 maschi e 10 femmine) affetti da fratture della gamba (10 fratture gamba dx e 10 fratture gamba sx) con gravi deficit neurologici dello SPE (paresi dello sciatico popliteo esterno).

Quasi tutti i pazienti spondilopatici presentavano stenosi del canale lombare (in parte acquisito a causa delle protrusioni discali multiple e in parte congenito), con piede paretico con forza 2-3 (2/5 alla scala MRC: movimento possibile solo in assen-

za di gravità, 3/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro gravità), drastico rallentamento alla ENG della VCM (velocità di conduzione motoria) e della VCS (velocità di conduzione sensitiva), segni di denervazione alla EMG dell'ECD, dell'ELA, del TA, dei flessori delle dita e dell'achilleo, riduzione dei MAP (potenziali d'azione motori) e dei SAP (potenziali di azione sensitivi).

Tutti i pazienti con frattura di gamba presentavano potenziali di denervazione di tutte le fibre muscolari innervate dallo SPE come dimostra la EMG.

Clinicamente tali alterazioni EMG e ENG si traducevano nella impossibilità di stare sulle punte dei piedi e sui talloni e in una drastica riduzione della forza del piede (forza 2-3).

Tutti i pazienti sono stati trattati col seguente protocollo terapeutico d'attacco della durata di 3 mesi:

- un giorno 1 fl i.m. GLUCOSAMINA 400 mg + 1 fl i.m. CLODRONATO 200 mg (nella stessa siringa da 10 cc) + 1 cpr METIL-PREDNISOLONE 16 mg;
- un giorno 1 fl i.m.L-ACETIL-CARNITINA 500 mg +1 fl VITAMINA B12 1000 microgr + fosfolipidi di membrana (nella stessa siringa da 10 cc) +1 cpr PREDNISOLONE 16 mg);
- in alternanza x 30 gg;
- poi pausa di 1 mese;
- poi un giorno 1 fl i.m. GLUCOSAMINA 400 mg + 1 fl i.m. CLODRONATO 200 mg (nella stessa siringa da 10 cc) + 1 cpr PREDNISOLONE 16 mg;
- un giorno 1 fl i.m. L-ACETIL-CARNITINA 500 mg +1 fl VITAMINA B12 1000 microgr + fosfolipidi di membrana (nella stessa siringa da 10 cc) +1 cpr PREDNISOLONE 16 mg;
- in alternanza x 30 gg.

Contemporaneamente alla cura intramuscolare tutti i pazienti assumevano:

- 1 bust CONDROITIN-SOLFATO 800 mg + 1 cpr L-ACETIL CARNITINA 1.000 mg + ACIDO ALFA-LIPOICO 600 mg + CITICOLINA 250 mg + VITAMINE DEL GRUPPO B (B1 25 mg + B2 25 mg B5 18 mg B6 B12 33 mcg) x 3 mesi;
- 1 cpr CALCIO CARBONATO 1000 mg dopo pranzo x 3 mesi;
- 1 flaconcino di COLECALCIFEROLO 25.000 U.I. ogni 15 gg dopo pranzo x 3 mesi.

Al bisogno tutti i pazienti assumevano:

- 1 cpr TRAMADOL 37,5 mg/PARACETAMOL 325 mg cpr (in caso di dolore acuto);

- 1 bust PALMITOIL-ETANOL-AMIDE 600 mg (in caso di dolore moderato).

Dopo i 3 mesi di cure tutti i pazienti osservavano una pausa di 1 mese, dopodiché praticavano il seguente protocollo di mantenimento della durata di 1 anno:

- un giorno 1 fl i.m.GLUCOSAMINA 400 mg + 1 fl i.m. cLODRONATO 200 mg (nella stessa siringa da 10 cc) + 1 cpr METIL-PREDNISOLONE 16 mg;
- un giorno 1 fl i.m.L-ACETIL-CARNITINA 500 mg +1 fl VITAMINA B12 1000 microgr + fosfolipidi di membrana (nella stessa siringa da 10 cc) +1 cpr PREDNISOLONE 16 mg)
- in alternanza x 30 gg;
- un giorno 1 fl i.m. GLUCOSAMINA 400 mg + 1 fl i.m. CLODRONATO 200 mg (nella stessa siringa da 10 cc) + 1 cpr METIL-PREDNISOLONE 16 mg;
- un giorno 1 fl i.m.L-ACETIL-CARNITINA 500 mg +1 fl VITAMINA B12 1000 microgr + fosfolipidi di membrana (nella stessa siringa da 10 cc) +1 cpr PREDNISOLONE 16 mg)
- in alternanza x 30 gg;
- poi pausa di 3 mesi;
- un giorno 1 fl i.m. GLUCOSAMINA 400 mg + 1 fl i.m. cLODRONATO 200 mg (nella stessa siringa da 10 cc) + 1 cpr METIL-PREDNISOLONE 16 mg;
- un giorno 1 fl i.m. L-ACETIL-CARNITINA 500 mg +1 fl VITAMINA B12 1000 microgr + fosfolipidi di membrana (nella stessa siringa da 10 cc) +1 cpr PREDNISOLONE 16 mg)
- in alternanza x 30 gg;
- poi pausa di 3 mesi.

Durante la pausa di 3 mesi, relativamente alla cura intramuscolare, tutti i pazienti assumevano:

- 1 bust CONDROITIN-SOLFATO 800 mg + 1 cpr L-ACETIL CARNITINA 1.000 mg + ACIDO ALFA-LIPOICO 600 mg + CITICOLINA 250 mg + VITAMINE DEL GRUPPO B (B1 25 mg + B2 25 mg B5 18 mg B6 B12 33 mcg) x 3 mesi
- 1 cpr CALCIO CARBONATO 1000 mg dopo pranzo ogni 3 gg x 3 mesi;
- 1 flaconcino di COLECALCIFEROLO 25.000 U.I. ogni 15 gg dopo pranzo x 3 mesi.

Al bisogno tutti i pazienti assumevano:

- 1 cpr TRAMADOL 37,5 mg/PARACETAMOL 325 mg cpr (in caso di dolore acuto);
- 1 bust PALMITOIL-ETANOL-AMIDE 600 mg (in caso di dolore moderato).

N.B.: Tutti i pazienti assumevano 1 cps LANSOPRAZOLO 30 mg

1 ora prima del METIL-PREDNISOLONE 16 mg cpr sia durante il protocollo trimestrale d'attacco sia durante il protocollo annuale di mantenimento.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a un primo controllo a 3 mesi, a un secondo controllo a 6 mesi, a un terzo controllo a 9 mesi e a un quarto controllo a 12 mesi dall'inizio del suddetto protocollo terapeutico osservando i risultati sia clinici che strumentali (Rx,TAC, MOC, EMG, VdC).

Risultati

I risultati sono molto buoni.

Dopo 3 mesi dall'inizio del suddetto protocollo terapeutico tutti i pazienti affetti da spondiloartrosi L-S con protrusioni ed ernie discali lombari con gravi deficit degli estensori comuni e dei flessori delle dita del piede, del tibiale anteriore, dell'achilleo e da osteoporosi diffusa, da fratture sia su base osteoporotica (25) che traumatica (15) della colonna vertebrale lombare con gravi deficit neurologici degli ECD e dei flessori delle dita del piede, dell'achilleo si sono apprezzati una lieve riduzione della sintomatologia dolorosa (scala di VAS da una media iniziale di 9 a una media dopo 3 mesi dall'inizio del protocollo terapeutico di 8), un lieve recupero dei flessori (forza 3) ma non degli estensori delle dita (forza 2) del piede e un lieve recupero dell'achilleo (forza 3) con possibilità di flettere discretamente le dita del piede ma non di estenderle né di rimanere in ortostatismo sulla punta del piede e sul tallone, un lieve miglioramento dell'articolarità della colonna e un lieve miglioramento della deambulazione meno incerta e un po' più rapida con zoppia lievemente ridotta; sempre dopo 3 mesi dall'inizio del protocollo in tutti i pazienti affetti da fratture traumatiche della gamba (10 fratture gamba dx e 10 fratture gamba sx) con grave deficit dello SPE con paresi del piede si sono rilevati la formazione di un buon callo osseo (Rx, TAC) e un lieve recupero degli estensori e dei flessori delle dita del piede, del tibiale anteriore e dell'achilleo, con possibilità di flettere ed estendere debolmente le dita del piede (forza 3) in assenza di carico senza però rimanere in ortostatismo sulla punta del piede e sul tallone e una lieve riduzione della sintomatologia dolorosa.

Dopo 6 mesi dall'inizio del protocollo terapeutico in tutti i pazienti spondilopatici con piede paretico si sono apprezzati una ulteriore riduzione della sintomatologia dolorosa (scala di VAS da una media iniziale di 9 a una media di 7), un ulteriore recupero

degli estensori e dei flessori delle dita del piede, dell'achilleo, del tibiale anteriore (possibilità di rimanere per alcuni secondi in ortostasi sulla punta del piede e sul tallone, di flettere ed estendere discretamente le dita del piede con forza 3-4 in assenza di carico); gli esami EMG e ENG dimostravano una assenza dei potenziali di denervazione con potenziali motori ridotti in ampiezza e un incremento della velocità di conduzione sensitiva e motoria, l'esame clinico dimostrava un evidente miglioramento dell'articolarità con miglioramento sensibile della deambulazione, l'esame radiografico una buona formazione di callo osseo e l'esame densitometrico alla MOC DEXA un sensibile incremento della BMD da una media iniziale di T-score di -2,5 all'inizio, del protocollo terapeutico a una media di T-score di -1,5 dopo 6 mesi dall'inizio del protocollo terapeutico); in quasi tutti i pazienti affetti da fratture della gamba si sono rilevati un notevole miglioramento clinico (una discreta riduzione della sintomatologia dolorosa-scala di VAS da una media iniziale di 9 a una media di 6 dopo 6 mesi dall'inizio del protocollo suddetto-, una discreta ripresa dello SPE (EMG) e un evidente miglioramento radiografico (esiti ben consolidati della nota frattura).

Dopo 9 mesi dall'inizio del suddetto protocollo terapeutico in quasi tutti i pazienti affetti da artrosi, osteoporosi e fratture della colonna lombare si sono apprezzati un notevole miglioramento clinico (notevole riduzione della sintomatologia dolorosa-scala di VAS da una media iniziale di 9 a una media di 5 dopo 9 mesi dall'inizio del protocollo suddetto), una ripresa quasi completa dell'ECD e dei flessori delle dita, del TA dell'achilleo (forza 4-5), con evidente miglioramento della deambulazione che avveniva normalmente sulla punta e sui talloni con lieve zoppia, radiografico (buona formazione di callo osseo) e densitometrico (normalizzazione della densità ossea); gli esami EMG e ENG dimostravano un ulteriore incremento di ampiezza dei MAP e dei SAP, con valori quasi alla norma e un ulteriore incremento della velocità di conduzione sensitiva e motoria con valori quasi alla norma.

L'esame densitometrico alla MOC DEXA dimostrava un ulteriore incremento della BMD, da una media iniziale di T-score di -2,5 all'inizio del protocollo terapeutico a una media di T-score di -1 dopo 9 mesi dall'inizio del protocollo terapeutico.

Dopo 12 mesi dall'inizio del suddetto protocollo terapeutico, in quasi tutti i pazienti oggetto del presente studio, si è apprezzato un quadro clinico, densitometrico, radiografico ed elettro-mioneurografico invariato rispetto al precedente.

Non sono mai stati riscontrati effetti collaterali degni di nota, sia con l'impiego del CLODRONATO 200 fl i.m. sia con l'impiego degli altri componenti del protocollo terapeutico suddetto.

Conclusioni

L'impiego del CLODRONATO 200 fl i.m. in associazione alla glucosamina 400 mg fl i.m., dei neurotrofici quali L-acetilcarnitina 500 mg fl i.m.), vitamina B12 1.000 microgr + fosfolipidi di membrana fl i.m. e palmitoil-etanol-amide 600 mg bust, del calcio carbonato cpr e del colecalciferolo gtt,dei condroprotettori orali quali condroitin-solfato 800 mg bust, degli antinfiammatori steroidei, quali il metilprednisolone 16 mg

cpr e dei FANS, quali il tramadol 37,5 mg/paracetamolo 325 mg cpr, secondo il suddetto protocollo terapeutico di attacco della durata di 3 mesi e di mantenimento della durata di 1 anno è senz'altro una scelta terapeutica valida per tutte le patologie degenerative, osteoporotiche e traumatiche osteo-articolari con gravi deficit neurologici del piede, tenendo in debito conto dell'assenza di effetti collaterali, di controindicazioni e di interazioni con altri farmaci di questo protocollo terapeutico avanzato.

Bibliografia

- Millo M. Studio clinico circa l'impiego di disodio clodronato 100 mg fl i.m. e glucosamina solfato sodio cloruro 400 mg fl i.m. su 40.000 pazienti affetti da malattie degenerative e traumatiche ossee e articolari" - ISSN 1122-2557 - Estratto dalla rivista NPT (Nuove Prospettive in Terapia) Mediprint -Roma-- Anno XXV - n. 1/2015).
- Millo M. Studio clinico circa l'impiego di disodio clodronato 100 mg fl i.m. e glucosamina solfato sodio cloruro 400 mg fl i.m. nelle patologie degenerative, algodistrofiche e traumatiche del piede" - Comunicazione 65° Corso di Chirurgia del piede tenuto dal Prof. Pisani Santa Vittoria d'Alba 10-15 Aprile 2016 - ISSN 1122-2557 - Estratto dalla rivista NPT (Nuove Prospettive in Terapia) Mediprint - Roma - Anno XXVI - n. 2/2016).
- Millo M. Studio clinico circa l'impiego di disodio clodronato (200 mg fl i.m.), glucosamina solfato (400 mg fl i.m.), colecalciferolo (25.000 U.I. flaconcini orali), condroitin solfato sodico (800 mg bustine) e calcio carbonato (1 g cpr) secondo un protocollo terapeutico avanzato su 1.000 pazienti affetti da patologie degenerative, osteoporotiche, algodistrofiche e traumatiche osteo-articolari" - ISSN 1122-2557 - Estratto dalla rivista NPT (Nuove Prospettive in Terapia) Mediprint -Roma - Anno XXVIII - n. 1/2017.
- Millo M. Studio clinico circa l'impiego del Clodronato disodico 200 fl i.m. in associazione a condroprotettori, ricalcificanti, antiflogistici e neurotrofici secondo un protocollo terapeutico avanzato su 600 pazienti affetti da patologie degenerative, osteoporotiche e traumatiche osteo-articolari con deficit neurologici" - FARMACI ESSENZIALI-aggiornamento continuo per la pratica clinica [®]2018 MEDIPRINT S.r.l.- Roma -Anno XVIII - n. 1/2018.

