

La Semeiotica Biofisica Quantistica nella Gestione del Paziente con Adenoma Prostatico.

(A cura di Sergio Stagnaro*)

La gestione del malato colpito da adenoma prostatico (AP) è principalmente di competenza del Medico di Medicina Generale. Infatti, questi pazienti si rivolgono in prima istanza al loro Medico curante.

Le ricerche condotte, anche recentemente, con la Semeiotica Biofisica Quantistica riguardanti l'insorgenza e lo sviluppo delle malattie prostatiche (1, 2, 6, 7) (<http://www.semeioticabiofisica.it>) hanno permesso di formulare originali linee guida, di seguito riassunte, più adeguate, efficaci, di facile e rapida esecuzione al letto del malato, certamente utili sia al Medico Pratico sia al paziente affetto da adenoma prostatico, al quale è evitata una al momento frequente forma di Terrorismo Psicologico Jatrogenico.

Inoltre, questo procedimento clinico ha il vantaggio di una pronta diagnosi, evitando molti pazienti un secondo intervento per carcinoma prostatico, prima non diagnosticato, riconosciuto soltanto dopo l'intervento per adenoma prostatico.

In primo luogo è da notare che il paziente con AP, anche se iniziale, I stadio della classificazione semeiotico-biofisico-quantistica (1), può essere portatore di Terreno Oncologico con o senza "reale rischio" di cancro alla prostata (2) (V. il sito citato).

Pertanto, il Medico può oggi suddividere i pazienti con patologico ingrossamento della prostata (adenoma con o senza cancro prostatico) in quattro gruppi:

- A) pazienti con terreno oncologico e carcinoma prostatico in atto;
- B) pazienti con terreno oncologico e "reale rischio" di tumore prostatico;
- C) pazienti con terreno oncologico ma senza "reale rischio" di tumore prostatico;
- D) pazienti senza terreno oncologico.

Questa originale classificazione, basata sulla fenomenologia semeiotico-biofisico-quantistica, ha favorevoli ripercussioni pratiche, che si traducono finalmente in un corretto iter terapeutico.

In realtà, la fenomenologia clinica tipica di AP segue dopo anni o decenni la sintomatologia semeiotico-biofisico-quantistica di adenoma prostatico, presente a partire dalla nascita con i segni del Reale Rischio Congenito (1). Infatti, i segni e i sintomi classici di patologia prostatica sono presenti solo dopo lungo tempo dall'insorgenza di quelli semeiotico-biofisico-quantistici, dei quali il primo stadio è rappresentato dal "reale rischio congenito" di malattia prostatica (adenoma e/o cancro), caratterizzato inizialmente, nel primo caso, da una circoscritta area di attivazione microcircolatoria dissociata tipo II, intermedia, generalmente in un lobo prostatico e, nel secondo caso, dai segni tipici del "reale rischio congenito" di tumore prostatico, caratterizzato dalla Contrazione Gastrica tonica insorgente dopo il Riflesso prostatico-gastrico aspecifico, **Segno di Massucco** (4-7) (V. <http://semeioticabiofisica.it/microangiologia.it>).

Successivamente, nella storia naturale dell'adenoma della prostata, compare l'attivazione microcircolatoria dissociata tipo III, patologica, sempre accompagnata dalla sintomatologia clinica via via più grave, correlata con la sottostante patologia (1).

Una volta riconosciuto l'AP, auspicabilmente a partire dallo stadio iniziale, il medico ha il dovere innanzitutto di classificare con esattezza il paziente, cioè di rispondere con precisione alla domanda: "Questo paziente con AP nello stadio X è positivo al Terreno Oncologico?".

Se la risposta è affermativa, la seconda domanda suona: "Esiste e in quale lobo prostatico il reale rischio di cancro oppure il tumore in atto?".

Ovviamente, se non è evidenziata clinicamente la predisposizione al cancro (Tipo D della classificazione proposta), geneticamente trasmessa dalla madre (1, 2), oppure in caso di pazienti del tipo C, il medico prescrive al paziente l'attuale disponibile terapia dell'AP e la dieta etimologicamente intesa, monitorando nel tempo il malato.

Identico è il comportamento del medico nei confronti di pazienti, positivi per il terreno oncologico, ma del Tipo B, cioè affetti esclusivamente da reale rischio congenito-quantistico di cancro, che "nessuna" indagine con la diagnostica sofisticata e costosa oggi è in grado di riconoscere.

Naturalmente, i casi con AP ormai progredita (III e IV stadio) appartenenti a qualsiasi tipo della classificazione, devono essere prontamente indirizzati all'urologo con la chiara segnalazione, però, del preciso tipo di appartenenza!

Nel paziente affetto da AP, in qualsiasi stadio semeiotico-biofisico-quantistico, ma colpito anche da Terreno Oncologico con "reale rischio congenito" di cancro in un area prostatica o, molto raramente, in più circoscritte zone della ghiandola (Tipo B della classificazione proposta), il medico deve riconoscere sede ed intensità della lesione, sia benigna sia maligna, ai fini del suo monitoraggio terapeutico, e comportarsi come di seguito illustrato.

Il paziente affetto da AP e Terreno Oncologico con "reale rischio congenito" di tumore (Tipo B) è sottoposto dal curante immediatamente a terapia contro l'adenoma prostatico, associandovi anche la dieta etimologicamente intesa e *Green-Therapy* (Melatonina coniugata, secondo Di Bella-Ferrari), che, eliminando l'Istangiopatia Congenita Acidotica Enzimo-Metabolica, citopatia mitocondriale alla base delle principali malattie umane (1, 2, 5-7), provoca la successiva "completa" scomparsa sia del Terreno Oncologico (in realtà, trasformato nella sua forma residua, "latente", NON patologica, evidenziabile come altrove descritto) (2), sia del reale rischio, anche se ricercato con prove da sforzo, come il *test* del picco acuto di secrezione insulinica, il *test* della secrezione di GH-RH endogeno, metodiche assai efficaci nell'evidenziare patologie sub-cliniche (2, 5).

Tuttavia, anche il reale rischio è trasformato in "latente", passibile d'aggravamento in condizioni ambientali negative: malattia debilitante, stress intenso e prolungato, eccetera.

Esclusivamente la *Blue Therapy* – www.sisbq.org – fa scomparire definitivamente il TO. e il suo reale rischio congenito.

Infine, i pazienti affetti da adenoma associato a cancro prostatico (Tipo A), indipendentemente dallo stadio attuale, devono essere indirizzati subito allo specialista urologo per l'intervento immediato di prostatectomia totale, fatto precedere dai noti accertamenti con la semeiotica sofisticata, che – è necessario ricordarlo – non sempre riesce a dimostrare la presenza di cancro prostatico, se in stadio veramente iniziale.

Il Medico di Medicina Generale recita un ruolo fondamentale nella gestione di questi pazienti ed ha la responsabilità di sottoporre i casi del gruppo A alla prostatectomia "totale", curativa sia dell'AP sia del cancro prostatico, certamente riconosciuto mediante l'esame bioptico post-operatorio.

Bibliografia.

- 1) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.**, Microangiologia clinica della ipertrofia prostatica benigna. Ruolo patogenetico delle modificazioni del sistema microlovascolotessutale valutate con la Semeiotica Biofisica. *Acta Cardiol. Medit.* 14, 21, 1986.
- 2) **Stagnaro Sergio, Stagnaro-Neri Marina.** Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno oncologico”. Travel Factory SRL., Roma, 2004.
http://www.travelfactory.it/semiologica_biofisica.htm
- 3) **Stagnaro S., Stagnaro-Neri M.**, Le Costituzioni Semeiotico-Biofisiche. Strumento clinico fondamentale per la prevenzione primaria e la definizione della Single Patient Based Medicine. Ediz. Travel Factory, Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/semiologica_biofisica.htm
- 4) **Stagnaro S., Stagnaro-Neri M.**, Single Patient Based Medicine. La Medicina Basata sul Singolo Paziente: Nuove Indicazioni della Melatonina. Travel Factory SRL., Roma, 2005.
http://www.travelfactory.it/semiologica_biofisica.htm
- 5) **Stagnaro S., Stagnaro-Neri M.**, La Melatonina nella Terapia del Terreno Oncologico e del “Reale Rischio” Oncologico. Ediz. Travel Factory, Roma, 2004.
- 6) **Sergio Stagnaro.** Massucco’s Sign in the war against to Prostate Cancer. Letter to FDA; www.melatonina.it ; 2 May, 2010, <http://www.melatonina.it/articoli/247-2010-05-02.html>
- 7) **Sergio Stagnaro.** Bedside Detecting Inherited Real Risk of Prostate Cancer, and overt Cancer: Massucco’s Sign. *European Urology.* 27 April, 2011,
<http://www.europeanurology.com/article/S0302-2838%2810%2900944-9/fulltext#comments>