

Linee Guida Semeiotico-Biofisiche nella Gestione del Paziente con Adenoma Prostatico.

(A cura di Sergio Stagnaro)*

La gestione del malato colpito da adenoma prostatico è principalmente di competenza del Medico di Medicina Generale.

Le ricerche condotte nel corso degli ultimi anni con la Semeiotica Biofisica nell'insorgenza e nello sviluppo delle malattie prostatiche (1, 2) (<http://www.semeioticabiofisica.it>) hanno permesso di formulare originali linee guida, di seguito riassunte, più adeguate, efficaci, di facile e rapida esecuzione, certamente utili al medico ed al paziente affetto da adenoma prostatico (IPB).

In primo luogo è da notare che il paziente con IPB, ancorchè iniziale, I stadio della classificazione semeiotico-biofisica (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 adenoma della prostata 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-biofisica, ha favorevoli ripercussioni pratiche che si traducono finalmente in un corretto iter terapeutico.

In realtà, la fenomenologia clinica tipica di IPB fa seguito alla sintomatologia semeiotico-biofisica di IPB (1). Infatti, i segni e i sintomi classici di patologia prostatica sono presenti solo dopo anni o decenni dall'insorgenza di quelli semeiotico-biofisici, dei quali il primo stadio è rappresentato dal “reale rischio” di malattia prostatica (adenoma e/o cancro), caratterizzato inizialmente, nel primo caso, da una circoscritta area di attivazione microcircolatoria dissociata tipo III, intermedia, in un lobo prostatico e, nel secondo caso, dai segni tipici del “reale rischio” di tumore prostatico (1, 2, 3, 4) (V. <http://semeioticabiofisica.it/microangiologia.it>). Successivamente, nella storia naturale dell'adenoma della prostata, compare l'attivazione microcircolatoria dissociata tipo II, patologica, sempre accompagnata dalla sintomatologia clinica ingravescente, correlata con il quadro patologico semeiotico-biofisico sottostante, come altrove descritto (1).

Una volta riconosciuta la IPB, 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 IPB 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 “cl clinicamente” la predisposizione al cancro (Tipo D della classificazione proposta), geneticamente trasmessa dalla madre (1, 2) (V. nel primo sito citato: Terreno Oncologico), oppure in caso di pazienti del tipo C, il medico prescrive al paziente la nota terapia attualmente disponibile e la dieta etimologicamente intesa, controllando 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 di cancro, che “nessuna” indagine sofisticata e costosa oggi è in grado di riconoscere.

Naturalmente, i casi con IPB 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 IPB, in qualsiasi stadio semeiotico-biofisico, ma colpito anche da Terreno Oncologico con “reale rischio” 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 “basale” della lesione, sia benigna sia maligna, ai fini del suo monitoraggio terapeutico, e comportarsi come di seguito illustrato.

Il paziente affetto da IPB e Terreno Oncologico con il solo “reale rischio” di tumore (Tipo B) è sottoposto dal curante immediatamente a terapia contro l’adenoma prostatico, associandovi anche la dieta etimologicamente intesa e 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), provoca la successiva “completa” scomparsa sia del Terreno Oncologico (in realtà, trasformato nella sua forma residua, “inattiva”, 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).

Infine, i pazienti affetti da adenoma “e” cancro prostatico (Tipo A), indipendentemente dallo stadio attuale, devono essere segnalati ed indirizzati subito allo specialista urologo per l’intervento immediato, fatto precedere dai noti accertamenti con la semeiotica sofisticata, che – è necessario ricordarlo – non sempre riesce a dimostrare la presenza di cancro prostatico, magari a causa dello stadio iniziale.

Il Medico di Medicina Generale recita un ruolo fondamentale nella gestione di questi pazienti ed ha la responsabilità di pretendere la prostatectomia “totale” nei casi A, curativa sia dell’IPB sia del cancro prostatico, certamente riconosciuto nell’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/semeiotica_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/semeiotica_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/semeiotica_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.

*) Dott. Sergio Stagnaro

Specialista in Malattie dell’Apparato Digerente, Sangue e Ricambio.

Ricercatore in Semeiotica Biofisica

Via Erasmo Piaggio 23/8 16037 Riva Trigoso (Genova)

dottsergio@semeioticabiofisica.it