

CEFALEA

E' un dolore che può interessare tutte le strutture della testa, il massiccio facciale, la volta cranica, il cervello, il cuoio capelluto, le meningi, gli organi sensoriali (occhi, orecchie, naso, bocca) i denti e l'ATM.

Con il termine cefalea si comprendono numerose patologie ad eziologia differente per cui le proposizioni terapeutiche devono tener conto della causa.

Ci vuole un' anamnesi minuziosa, un esame corretto clinico, diversamente si tratta il sintomo isolato o senza tenere conto della causa; se si vuole fare una medicina di qualità è necessario tener conto dell'eziologia. Nelle cefalee croniche ci sono spesso delle cause intricate e tutti gli stati psicologici alterati aggravano la cefalea.

Certe cefalee possono essere l'espressione di un malessere, depressione o stress.

Esistono 12 paia di nervi cranici equasi ogni paio può essere la causa di una cefalea.

I classici nervi responsabili di una cefalea sono l'olfattivo I°, l'ottico, il 2- 3- 4 –6 motori oculari, il 5 trigemino, il 7 faciale, il 9 glosso faringeo, non l'ottavo cocleovestibulare, non il 10 vago, mentre l'11 spinale può dare cefalee da tensione ed il 12 ippoglosso no.

Su 12 paia di nervi cranici quindi 8 possono provocare cefalea.

Il nervo principale della testa è il trigemino che comprende 3 branche v1 v2 v3.

Il V1 innerva la regione temporale, la fronte, la palpebra superiore il dorso del naso, il seno frontale, sfenoidale e nasale, la cornea, la congiuntiva delle palpebre superiori. Esistono due congiuntive, la congiuntiva palpebrale, e quella bulbare.

Il V2 innerva la parte media della regione temporale, la palpebra inferiore, il pomello, il labbro superiore, la parte esterna delle ali del naso, la volta del palato, il velo palatino, la tromba d'Eustachio, il polo superiore della tonsilla palatina, il seno mascellare, le gengive, gli alveoli dentari e tutti i denti del mascellare.

Il V3 o nervo mandibolare innerva la parte posteriore della regione temporale, la parte anteriore del padiglione auricolare, il labbro inferiore, la lingua, le gengive inferiori e il mento.

Il V3 è un nervo misto sensitivo motorio ed è legato al 7 dalla corda del timpano.

Il 9° è il glossofaringeo che garantisce l'innervazione del terzo posteriore della lingua e di tutto il faringe. Se si vuol fare bene l'auricoloterapia bisogna conoscere bene questi concetti

IL 10n.c. nervo pneumogastrico, innerva tutti i visceri ed il padiglione auricolare, è proprio attraverso di lui che tutti i visceri sono rappresentati nel padiglione auricolare, conca inferiore e superiore, attraverso l'intermediario del pneumo gastrico.

Il nervo principale del padiglione auricolare è il trigemino V, ed importantissima è la lunghezza del suo nucleo che sale fino al mesencefalo e discende fino al midollo cervicale (C1-C2-qualche volta anche C3).

Questo spiega perché nel colpo di frusta l'interessamento del trigemino è legato alla lunghezza del suo nucleo.

Esistono delle importanti associazioni tra i nervi:

- a) il nucleo del fascio solitario che raggruppa più nuclei il 5, il 7, il 9 ed il 10n.c. è molto importante e rappresenta una comunicazione al di fuori della corda del timpano. Per tale motivo il nucleo del fascio solitario è estremamente importante in auricologia.
- b) Sul piano motorio il nucleo ambiguo che raggruppa il 9, il 10, e l'11 ed una parte dei nuclei salivari inferiori (nervo faciale) ne è un po' l'equivalente.

Il plesso cervicale superficiale è costituito dalle radici spinali dei primi 4 nervi cervicali (C1,C2,C3, e qualche volta C4), assicura la sensibilità del collo, della parte posteriore della testa, del massetere.

Il massetere è il muscolo più forte dell'organismo, sono piccoli muscoli quadrati, i soli muscoli disposti con uno strato di fibre verticali e orizzontali, disposte in 4 strati. Dal plesso cervicale superficiale origina quello che una volta si chiamava nervo di Arnold.

Quello che si chiamava intermediario di Wrisberg, ora 7 bis, in realtà è il 7 sensitivo facciale. Il IX (glosso faringeo), assicura l'innervazione sensitiva del III posteriore della lingua e del faringe.

Osservando la disposizione delle strutture cerebrali in una sezione, si vede l'importanza del lobo frontale: è talmente importante che ha dovuto ripiegarsi.

Una cefalea può interessare tutte queste strutture comprese le meningi.

Il territorio cutaneo del viso e la pelle del viso è innervata dal V, il territorio cutaneo posteriore a partire dal bregma è territorio del plesso cervicale superficiale. La dura madre è innervata dal 5, ed anche il seno paranasale, le pareti della cavità nasale, la mucosa buccale, i denti e solo una parte della fossa posteriore è innervata dal plesso cervicale superficiale e da una branca del X che rimonta. E' pertanto in alcuni casi utile pungere il X sensitivo per curare una cefalea. Il parasimpatico cranico è il X sensitivo, in certe cefalee posteriori trattare il parasimpatico cranico permette quindi di agire sulla cefalea. L'arteria meningea media è innervata dal VI, mentre l'arteria cerebrale anteriore e silviana sono innervate dal plesso carotideo.

Classificazione delle cefalee in funzione della loro patogenesi

1) le cefalee vascolari :

Emicranie

Algie vascolari della faccia,

Cefalee da ipertensione

2) Cefalee di origine nevralgica

- trigemino provoca la nevralgia essenziale o tic doloroso di Troussau

- nevralgie secondarie:

herpes oftalmico che fa parte delle nevralgie trigeminali

nevralgia del IX (glosso faringeo)

nevralgia del plesso cervicale superficiale

3) Cefalee di origine muscolare

cefalee da tensione

cefalee da ATM

cefalee da problemi di convergenza

cefalee da problemi posturali

conflitti della cerniera cervico occipitali

Classificazione delle cefalee sulla base della eziopatogenesi.

1) Dolori proiettati o riferiti ad una patologia ORL

Sinusiti

Dolori dentari o stomatologici

2) Dolore dirigeno meningea

esiti puntura lombare

dolori post traumatici, post commozionali

3) Dolore di origine centrale

adenoma ipofisario

aneurismi, metastasi cerebrali

4) Dolore di origine psicogena

Possono accompagnare tutti i problemi psicologici

5) Dolore da abuso medicamentoso

Importanza dell'interrogatorio (anamnesi)

Bisogna conoscere la localizzazione, i punti grilletto, la frequenza, la presenza di fattori scatenanti, la ritmicità, l'orario, ect.. Ricevere una descrizione precisa del dolore, se è un dolore gravativo, urente, una disestesia.

Vanno ricercati i segni associati.

A livello degli occhi, lacrimazione, fotofobia, bruciore congiuntivale, segni uditivi come acufeni o olfattivi (cacosmia, ipersensibilità agli odori, rinorrea,) alterazioni della deglutizione (disfagia).

Possono esserci segni digestivi come nausea e vomiti, disturbi dell'equilibrio, vertigini.

Le cefalee si possono associare a tutti questi sintomi per cui la diagnosi è complicata.

CEFALEE VASCOLARI

L'EMICRANIA

Le emicranie sono caratterizzate da un dolore di tipo pulsante che interessa la metà della testa, è intermittente ed ha sempre due fasi:

- a- un fase di vasocostrizione in cui è presente l'aura
- b- una fase di vasodilatazione con edema e dolore.

Gli emicranici sarebbero dei **SEROTONINO RICHIEDENTI**, sono dei pazienti il cui cervello non fa abbastanza serotonina e per questo soffrono di emicrania.

L'emicrania è geneticamente determinata, si trasmette di generazione in generazione, vi sono famiglie in cui sono tutti emicranici, a volte può saltare una generazione e poi riappare. L'esame clinico in queste persone è sempre normale quando non sono sotto crisi.

Solo nell'emicrania oftalmica abbiamo dei segni neurologici.

L'emicrania si può accompagnare a segni digestivi, quali nausea e vomito, fotofobia, fonofobia etc... Nell'emicrania di accompagnamento vi possono essere delle allucinazioni di qualunque tipo uditive, visive, olfattive.

FISIOPATOLOGIA DELL'EMICRANIA.

Sono stati proposti vari modelli ma l'unico che sia stato validato scientificamente è il modello TRIGEMINO-VASCOLARE.

C'è una prima fase di iperstimolazione sensoriale in cui sembra vi sia un abbassamento della soglia della sensibilità sensoriale, per esempio la stimolazione luminosa.

L'iperstimolazione attiva il recettore oculare ma se il paziente è emicranico, se c'è una crisi, la sensibilità visiva si abbassa. La luce, che in genere non abbaglia, in questo caso abbaglia, l'iperstimolazione sensoriale (visiva in questo caso) dà inizio ad un processo emicranico.

L'iperstimolazione può essere visiva, uditiva, tattile olfattiva, termica (sono le cosiddette emicranie da calore), digestiva. Ci sono persone che non sopportano il digiuno.

Esiste una iperstimolazione a livello del nucleo del fascio solitario che riunisce il V, il VII, il IX ed il X nervo cranico. Questa iperstimolazione a livello del nucleo del fascio solitario va ad eccitare il V. Il trigemino innerva l'arteria meningea media, ecco l'importanza della neuroanatomia che ci permette di capire. Il V innerva le meningi e scatena la liberazione di neuropeptidi che determinano un'inflammatione neurogena, vi è una degranolazione dei mastociti che liberano istamina.

Il trigemino è istamina dipendente cioè il neuromediatore principale del trigemino è l'istamina. Pertanto l'istamina liberata in grandi quantità va al ramo vascolare del trigemino e ritorna per

conduzione antidromica. Quindi il V ha due conduzioni ortodromica ed antidromica. Questa attivazione antidromica ritorna al nucleo del fascio solitario e determina un'iperstimolazione e per contiguità con gli altri nervi (VII,IX,X), si ha un'eccitazione del VII e si libera a livello delle fibre il VIP (peptide vasointestinale) che provoca la vasodilatazione cioè la fase 2 dell'emicrania (che è la fase dolorosa della cefalea). Ecco come avviene l'emicrania nel modello trigemino-vascolare.

Il nervo faciale ha tre branche, superiore, media ed inferiore. Quando si cerca il segno di Cvostek si percuote la branca media e si realizza la contrazione facciale. L'importanza del VII è data dal rapporto con il trigemino che passa dal ganglio pterigo-palatino e va a determinare tutta la fase secretoria neurovegetativa delle cefalee-

Infatti il nervo faciale innerva le sottomandibolari e le sublinguali ma non la parotide.

La parotide è innervata dal glossofaringeo (nono nervo cranico). In qualche forma di cefalea a grappolo (cluster headache) viene fatto un blocco anestetico del ganglio pterigopalatino.

Il ganglio otico è innervato dal piccolo petroso che ha un ruolo importante nel singhiozzo, per cui uno dei trattamenti del singhiozzo consiste nel trattare questo nervo piccolo petroso che proviene dal VII. Ecco perché per trattare un singhiozzo bisogna trattare il facciale.

Il nervo faciale (VII) innerva le ghiandole lacrimali.

Le ghiandole lacrimali sono innervate in due modi dall'intermediario del pterigopalatino, dalla branca del VII, e dall'intermediario del V1 e questo è un altro esempio della comunicazione che esiste tra il VII ed il V. La fossa temporale non è innervata dal V1 ma dal V3, vi è un ramo del V3 che rimonta e va ad innervare la fossa temporale. La I° branca del trigemino V1, con il ramo meningeo innerva, tutta la parte anteriore. Pertanto nel trattare le cefalee emicraniche bisogna conoscere bene il territorio di innervazione se il dolore è anteriore occorre trattare il V1 se è posteriore si tratta il V3.

Auricoloterapia per la cefalea

Si agisce sulla sensibilità trigeminale, bisogna sapere che in auricoloterapia il trattamento o diminuisce la cronassia del nervo o l'aumenta. In caso di fenomeni dolorosi si deve aumentare la cronassia per ridurre la conduzione del nervo. La cronassia è l'inverso della reobase. La cronassia è la minima quantità di corrente da iniettare in un nervo perché questo nervo conduca la corrente. Per cui se diminuiamo la cronassia aumentiamo la conduzione viceversa se aumentiamo la cronassia diminuiamo la conduzione. In un trattamento di auricoloterapia è logico in caso di emicrania aumentare la cronassia del trigemino e del facciale. Si fa così perché abbiamo visto che si realizza una vasodilatazione che dà un edema e facendo il trattamento diminuiamo questo edema. Bisogna fare almeno tre trattamenti.

Perché esistono tre memorie, ogni processo patologico è immagazzinato in tre livelli di memoria differente;

- 1) MEMORIA CELLULARE,
- 2) LA MEMORIA TISSULARE,
- 3) LA MEMORIA ORGANICA.

Un organo comprende dei tessuti che comprendono delle cellule. Nella gran parte dei casi di induzione dobbiamo fare 3 trattamenti ad un mese di intervallo. Se il paziente va bene non si fa più niente perché se si ritocca può ripartire la patologia. Si può trattare con un ago estemporaneo, il trigemino, il facciale, il punto meraviglioso, il fegato, FSH-LH, il lobo frontale. In auricoloterapia non vi sono ricette specifiche perché è la neurofisiopatologia che orienta. Nello stesso paziente tra una crisi e l'altra può non esserci più la stessa fisiopatologia. La ricerca dell'attività elettrica dei punti può indirizzare.

Schema di trattamento per cefalea catameniale

Primo schema : V1,V2,V3, plesso cervicale superficiale, P.genitale, cosmonauti, corpo calloso.

Secondo schema: triade di rilassamento.

Qualche volta si tratta l'epifisi (la ghiandola pineale) quando le crisi emicraniche hanno un ritmo bisogna trattare la ghiandola e il punto meraviglioso che corrisponde al ganglio simpatico cervicale superiore.

Quando c'è un emicrania che inizia da un lato e poi passa all'altro lato, trattate il trigemino dal lato corrispondente all'inizio dell'emicrania, il corpo calloso, poi il corpo calloso controlaterale.

Non bisogna mai dire che nell'orecchio ci sono delle proiezioni. Non ci sono proiezioni nell'orecchio, ci sono solo delle rappresentazioni.

Tra l'emisfero sinistro e quello destro c'è una differenza di potenziale, l'emisfero sinistro ha un potenziale più elevato rispetto a quello destro, ed è per questo che le informazioni possono passare da un emisfero all'altro. Se non c'è questa differenza di potenziale le comunicazioni rallentano. C'è una differenza di potenziale fisiologica tra l'emisfero destro ed il sinistro che va mantenuto. Ci sono diverse strategie terapeutiche che sono basate proprio su questo problema e le patologie sono dovute alla perturbazione di questi potenziali. Per esempio nella schizofrenia, vi sono degli elementi che mostrano una perturbazione di questa differenza di potenziale, è una lotta tra l'emisfero destro e quello sinistro, perché i potenziali non riescono a passare correttamente. Questo comporta la comparsa dei sintomi maggiori della schizofrenia, la dissociazione, l'ambiguità, io ti amo e ti odio e così via è dovuta al fatto che c'è una lotta tra l'emisfero destro e quello sinistro perché la differenza di potenziale è ridotta

Il valore numerico in questa differenza di potenziale è +/-20 millivolts , (da 8 a +/-20mv nella normalità, dipende da ciascuno di noi), Una persona molto rigorosa, cartesiana, quadrata ha l'emisfero sinistro con una grande differenza di potenziale con il destro, per contro una persona più emotiva ha una minore differenza.

LE ALGIE VASCOLARI DELLA FACCIA

In genere si tratta di un uomo giovane con crisi periodiche che possono durare anche 2 o 3 settimane, in primavera, in autunno e senza fattori particolari che possono averle fatte scatenare.

E' un dolore intenso che brucia il viso, i pazienti vorrebbero sbattere la testa contro il muro talmente brucia, si accompagna anche con rinorrea e lacrimazione e quando la crisi finisce la regione oculare è gonfia ,edematosa e continua a lacrimare per qualche tempo.

Il trattamento si basa sull'uso dei triptani anche in spray, in caso di crisi gravi si può dare al paziente dell'ossigeno puro.

Trattamento auricoloterapico

Dal punto di vista neurofisiopatologico l'algia vascolare della faccia corrisponde ad una simpatoplegia nel territorio della carotide esterna che perde il suo comando simpatico, pertanto bisogna fare un trattamento che consiste nel trattare l'ipotalamo posteriore, il talamo, il punto maestro simpatico ed il V1 (primo ramo del trigemino). Qualche volta si va a trattare il punto detto meraviglioso, spesso i cosmonauti e il punto angoscia o rinencefalo.

Le algie vascolari della faccia sono una patologia di cui non si conosce l'origine, non sappiamo perché ci sia ad un certo momento una rottura del controllo simpatico della carotide esterna.

Spesso capita in persone giovani che hanno una tipologia particolare, sono spesso delle persone che hanno dei problemi a livello sessuale, vi sono studi pubblicati che hanno dimostrato vi sia anche un abbassamento del tasso di testosterone del sangue. Altri studi di tipo più psichiatrico hanno dimostrato che sovente si trattava di giovani che presentavano delle inibizioni.

L'inibizione è un'ipersimpaticotonia, pertanto questi soggetti sarebbero in una condizione di ipersimpaticotonia permanente

Se si tratta di un ragazzo giovane, inibito bisogna togliere l'inibizione trattando 2 punti, FSH/LH e punto delle metereopatie. Esiste nell'orecchio un punto che corrisponde al circuito del cervello che genera le variazioni fisiologiche o modificazioni metereologiche. Questo punto meteorologico si tratta perché sono dei pazienti che ogni volta che il cielo è plumbeo, che sta per piovere, hanno la crisi, ogni volta che fa caldo parte la cefalea. Sono pazienti che "sentono" il tempo. Da 6-7 anni si conosce la genesi di queste metereopatie, si tratta del fatto che c'è una modificazione della permeabilità di membrana cellulare a livello dei pori cellulari attraverso cui passano gli ioni, quindi sui pori calcio dipendenti e potassio dipendenti. Pertanto la malattia perturba la elettrofisiologia cellulare e quindi perturba il suo potenziale d'azione e quindi provoca questa cefalea. Si deve al Professor Besancon la scoperta di questo fatto. Le variazioni del tempo possono agire su di noi anche attraverso altri canali.

Cefalee vascolari da ipertensione.

Un altro capitolo delle cefalee vascolari riguarda quelle da ipertensione. Sono cefalee che com paiono soprattutto al mattino, con una sensazione di pesantezza a livello della porzione posteriore della testa senza parossismi o segni di accompagnamento particolare. In caso di crisi ipertensiva il primo segno è il vomito subitaneo. Come nella sindrome meningea in cui compare il vomito a getto così può manifestarsi anche nella ipertensione meningea. Il cervello reagisce ad ogni tensione con dei segni digestivi. Quando c'è un'ipertensione vi è una parte del tronco cerebrale chiamata area postrema che viene eccitata e crea il vomito. Anche questa può essere un'urgenza e possiamo aiutare il paziente trattando il punto diuretico, mesonefro, situato nella fossetta sulla branca montante dell'elice. E' un punto diuretico equivalente a 20 mg di lasix (furosemide). Se si effettua una stimolazione del mesonefro nei 10 minuti seguenti si va ad urinare anche se non si ha lo stimolo. Si fa poi il PCS, il V1. Il plesso intercarotideo (PCS) va trattato perché a questo livello vi sono i baropressori che sono situati nel nervo di Hering che passa nel glosso faringeo.

La nevralgia del trigemino

E' un dolore folgorante di un'emifaccia con accessi di dolore che lasciano un intervallo libero in cui il paziente è normale, poi improvvisamente compare il dolore che poi passa poi riprende e così via. Questa è la nevralgia essenziale del trigemino. Abbiamo una zona grilletto, una "trigger zone", che può essere stimolata dalla masticazione, dal parlare: sono delle scariche elettriche da cui tic il nome di tic doloroso di Trousseau. Possono essere presenti dei segni simpatici come lacrimazione o dei flush (arrossamenti). La diagnosi differenziale con l'algia vascolare della faccia è che l'algia vascolare rimane fissa mentre la nevralgia del trigemino va ad accessi.

Vi sono 4 elementi di diagnosi:

- 1) sono dolori folgoranti
- 2) strettamente unilaterali, mai bilaterali
- 3) vi è una zona grilletto
- 4) l'esame neurologico è strettamente normale

Il trattamento con carbamazepina (tegreol) è ben conosciuto. Si propongono degli antiepilettici, il clonazepam, la pregabalina, la gabapentina ect... Qualche volta si fa una termocoagulazione del ganglio di Gasser, ma lascia delle sequele soprattutto di ipoestesia e comunque spesso non è efficace. Il trattamento in auricoloterapia è rimarcabile, se si vuole vedere quanto è potente l'auricoloterapia, dovete trattare la nevralgia del trigemino.

Vi sono delle finzze diagnostiche e semeiologiche. Vi è una malattia di Trousseau, che si

chiama nevralgia essenziale del trigemino, e c'è una nevralgia trigeminale legata ad un circuito vascolare sul tipo delle algie vascolari di cui si è già trattato.

Bisogna sapere che esistono delle patologie deafferentative che spiegano la nevralgia del trigemino, quando esistono dei segni deficitari neurologici. In questo caso non si tratta più di una nevralgia essenziale ma di **una nevralgia sintomatica**. Le lesioni più frequenti sono quelle bulbo pontine in corso di sclerosi multipla e nella sindrome di Wallemborg. Qualche nevralgia post erpetica può lasciare una nevralgia del trigemino.

Si deve eliminare la diagnosi di neurinoma dell'acustico prima di trattare l'orecchio, perché l'auricoloterapia è talmente efficace che può mascherare i sintomi mentre il neurinoma dell'VIII continua a crescere. Si possono vedere anche nelle sequele della frattura della rocca, nel meningioma, nei tumori intracavernosi. Il neurinoma dell'acustico è più frequente ad origine vestibolare (una diagnosi precoce può essere ottenuta con l'uso dei potenziali evocati vestibolari che studiano selettivamente il ramo vestibolare dell'VIII). Il neurinoma dell'acustico che tocca la branca vestibolare si accompagna a nausea e vomito mentre il neurinoma ad origine dalla branca cocleare non si accompagna a nausea e vomito.

Qualche volta un'estrazione dentaria, può lasciare una nevralgia trigeminale.

Un trattamento rimarchevole in auricoloterapia è quello di sollecitare le rappresentazioni all'orecchio del trigemino, sia V1-V2-V3, sia tutti e tre assieme.

Schema di trattamento auricoloterapico

V1-V2-V3, PCS, punto maestro reticolare, reticolare mesencefalica, PMS

(perché ha un effetto decongestionante nervoso. Quando il potenziale d'azione circola male in un area si ha perturbazione dei nodi di Ranvier ed è stato visto nei laboratori di psicofisica che questa perturbazione crea un edema della guaina del nervo e pertanto spesso è necessario fare un punto decongestionante. Qualche volta si fa una tecnica messa a punto nella nostra scuola cioè un embrochement, una imbastitura, vale a dire si entra da V1-V2, e si raggiunge la reticolare o il talamo. Si va da un punto ad un altro punto. Questa tecnica è radicale. Se il paziente sta meglio bisogna interrompere. Se c'è una nevralgia sintomatica si fa un trattamento decongestionante e si manda dal chirurgo. Il problema è che anche quando si opera bene l'efficacia è una su cinque, sembra infatti che un nervo che ha sofferto tanto tempo mantenga la memoria, per cui il paziente continua ad avere male per la memoria del dolore.

Si fa allora un trattamento di DESEQUESTRAZIONE, perché la memoria del dolore è immagazzinata nell'ippocampo sinistro.

NEURALGIE DI ORIGINE ODONTOGENA

Sono nevralgie molto vive, vi possono essere delle disestesie linguali, una secchezza buccale, o una ipersialorrea. C'è un segno specifico, patognomonico delle nevralgie post estrazione dentale che sono tutte aggravate dalla parola. In farmacoterapia si propongono gli antidolorifici classici, gli antidepressivi gli antiepilettici.

Schema di trattamento auricoloterapico

Il V2-V3, sono le due branche che possono essere interessate a seconda del territorio, la Reticolare mesencefalica, il talamo, a volte si aggiunge cosmonauti, il punto di angoscia e se ci sono dolori molto intensi possiamo fare una trasfissione da V2 che va verso il VII, con un ago estemporaneo, questo viene lasciato a permanenza per circa 30 minuti e si finisce sempre con la puntura del talamo.

HERPES ZOOSTER OFTALMICO

Più si è anziani, più le sequele sono persistenti, perché le carte memoriali dolorose si consolidano più si va avanti negli anni, oppure dipendono da altre carte memoriali. I dolori sono nella regione frontale, nella radice del naso, nel cuoio capelluto. Ci sono delle scariche nevralgiche intense. I dolori hanno poi una particolarità : il freddo dà sollievo.

Trattamenti classici con antidepressivi.

Schema di trattamento auricoloterapico

1) Omega, PMS sensitivo, V1, reticolare e talamo

A volte anche di fronte a dolori molto intensi, una triade di rilassamento può essere sufficiente se fatta dalla parte del dolore. .

2) Omega, V1, Pms, reticolare, talamo, cosmonauta, criblage della reticolare, criblage della reticolare e del talamo. Il Criblage è una tecnica messa appunto dalla scuola di Alimi che consiste nell'apporre due aghi semipermanenti nello stesso punto a 30° rispetto alla superficie cutanea. Questa tecnica crea una sommazione di potenziali e invia al cervello una richiesta molto importante. Gli aghi messi a 30° rinforzano i segnali che vanno al cervello.

NEURALGIA DEL GLOSSO FARINGEO

La diagnosi della nevralgia del glosso faringeo come sappiamo è una diagnosi di eliminazione, cioè bisogna innanzitutto escludere che ci sia un tumore, o un'origine vascolare carotidea.

Si consiglia pertanto una RMN.

Si ha classicamente dolore linguale e ipersalivazione, .Il trattamento farmacologico include antidepressivi ed antalgici;

Schema di trattamento auricoloterapico

Si stimola il IX n.c.o glosso faringeo, gola profonda, talamo dalla parte della lesione ed i risultati sono molto rapidi e spettacolari.

Se il paziente ha un'irradiazione sulla lingua è necessario sollecitare il punto corrispondente alla lingua motoria. Importante in questi casi di nevralgia vedere da che parte è la nevralgia, se date sollievo al paz non bisogna più ritrattare, si corre il rischio di far ripartire il problema.

Connessioni col IX nervo cranico

Il nucleo del fascio solitario collega il 5, 7, 9, 10 nervo cranico.

Il IX innerva la tonsilla e tutta la parte posteriore del faringe. I quattro nervi cranici sono interconnessi tra di loro lungo il loro tragitto o prossimalmente o distalmente. I nervi che innervano il seno ed il glomo derivano da una branca del 9 che è la branca carotidea del glosso-faringeo. Questa è la ragione per cui il punto IX è antipertensivo grazie alla presenza dei barorecettori.. Se c'è un interessamento della lingua si può fare una transfissione dall'esterno verso l'interno a livello del punto della lingua e se vi sono delle angosce importanti si fa una triade di relax. Se si hanno risultati positivi non si tocca più. In caso di nevralgie del glosso faringeo resistenti possiamo fare fino a 3 trattamenti, e dopo 3 trattamenti se non c'è alcuna risposta lasciamo perdere.

Il punto motore della lingua



Si entra dal punto sensitivo e si esce dal punto motore della lingua, a volte si fa nei 2 sensi, sensitivo motore , motore sensitivo.

NEURALGIA DEL PLESSO CERVICALE SUPERFICIALE (NEURALGIA DI ARNOLD)

E' una nevralgia occipito-cervicale, spesso con irradiazione sottorbitaria, ha un tragitto molto specifico; può essere scatenata dalla rotazione della testa. Molte volte impedisce al soggetto di riposare bene con la testa sul cuscino, pertanto può essere responsabile di insonnia.

Il paziente descrivendo il suo dolore dirà spesso di avere male al cuoio capelluto, e questo è un segno patognomonico. Nella storia del paziente possiamo a volte ritrovare un trauma cervicale (colpo di frusta) responsabile di uno stiramento di una branca del plesso cervicale.

Il plesso cervicale superficiale (C1, C2, C3, C4) innerva lo sternocleidomastoideo, il trapezio, l'elevatore della scapola etc..., sono interessati un po' tutti i muscoli rotatori e flessori della testa. Questi muscoli da un punto di vista neurofisiologico sono dei muscoli affettivi, emozionali, perché hanno un'inserzione sulla pelle, come i mimici.

Anche i muscoli del cingolo cervico-scapolare e i muscoli lombo-pelvici hanno un attacco sulla pelle e sono muscoli affettivi emozionali come i muscoli facciali.. Ogni millimetro quadrato della nostra pelle ha un significato emozionale. E' per questo che si fanno le carezze. Questi muscoli che hanno un attacco alla pelle sono molto sensibili, e si atrofizzano molto facilmente. Se si mette un collare cervicale per troppo tempo possiamo creare un'atrofia muscolare.

Questi muscoli hanno una connessione diretta con i muscoli del viso con cui noi esprimiamo il nostro stato d'animo di gioia o di collera.

La branca C1 del plesso cervicale superficiale entra in contatto con V1, è la ragione per cui negli schemi metamerici non vedi mai C1. C1 cioè passa in un cavo con la prima branca del trigemino V1 che è legata a V2 e a V3. La farmacoterapia non dà risultati superiori al 20% (antalgici, antidepressivi, antiepilettici)

Schema di trattamento auricoloterapico

In auricoloterapia possiamo avere dei buoni risultati sollecitando il plesso cervicale superficiale

, il punto maestro reticolare ed il talamo.

Se ho dei problemi posturali stimolo C2, omega 2 (punto del mesoderma) ed il punto del corpo calloso che lavora sui muscoli posturali. Omega 2 va trattato bilateralmente e corpo calloso dal lato della patologia. Si può anche fare punto maestro sensoriale se esiste un problema di convergenza. Il cervelletto è da usare in quelle persone che hanno problemi posturali che vanno ad incidere sulla traiettoria e sul movimento. Il cervelletto è rappresentato nell'orecchio sulla faccia posteriore, nella parte opposta rispetto all'ippocampo. Se il paziente, specie se anziano, ha integrato nella memoria questo dolore si tratta con ippocampo se il ricordo traumatico è recente, amigdala se antico.

CEFALEE DA TENSIONE

Spesso il dolore è legato ad uno stato di tensione psicologica che comporta una tensione dei muscoli emozionali e questa contrattura, dopo un certo tempo che perdura **si accompagna ad uno stato infiammatorio edematoso che si chiama neuromiofibrosite (NMF). Questa neuro miofibrosite è dolorosa**, spesso il paziente descriverà una cefalea a casco con sensazione di restringimento del cranio. Non c'è alcun segno di accompagnamento. E' una diagnosi differenziale. Non c'è fotofobia. La frequenza è molto variabile e questa cefalea da tensione è esacerbata da un'emozione, uno stress e soprattutto da un conflitto con qualcun altro. Vi è una tensione dei muscoli del trapezio e del collo e c'è un segno patognomonico rappresentato da un **punto preciso sulla nuca e da una contrattura dei masseteri..**

L'orecchio è innervato dai rami del plesso cervicale, dai rami del vago e dal V3; si vede come tutto questo insieme realizza una specie di mosaico dove tutto comunica con tutto.

Schema di trattamento auricoloterapico

Triade di rilassamento con questo ordine

- 1) Cosmonauti
- 2) Punto maestro sensitivo
- 3) Corpo calloso

Si deve seguire questo ordine perché se si fa un altro ordine non si ha più un'azione ansiolitica e rilassante. Anche se la nevralgia è monolaterale si deve operare un trattamento bilaterale perché i due emisferi sono entrambi coinvolti in questa patologia e se si abbassa il potenziale di un solo emisfero si aggrava la patologia per cui il trattamento va fatto bilateralmente

Il punto dei cosmonauti corrisponde da un punto di vista neuroanatomico al ganglio simpatico lombare superiore, Questo è un punto ansiolitico, perché quando siamo stressati lo stress ci penetra dal basso attraverso i gangli, attraverso la catena ganglionare, arriva alla reticolare e al tronco cerebrale, al talamo e da qui alla corteccia frontale. Quando si mettono degli elettrodi sui gangli simpatici in individui stressati si evidenzia che il primo potenziale parte da lì. Questo punto corrisponde a quello che Kovacs ha chiamato P. dei cosmonauti in quanto ha scoperto questo punto nell'ottobre del 1961, giorno in cui i russi avevano mandato il razzo con Yury Gagarin.

Questo ganglio è sollecitato quando si è stressati; lo stress attiva questo sistema, e lo fa per intermedio della catena ganglionare dove lo stress arriva e può salire verso l'alto o andare verso il basso. Pertanto questo punto ha una potente azione ansiolitica, perché quando lo si punge si aumenta la cronassia e si riduce la velocità di connessione. Aumentando la cronassia si abbassa la velocità di trasmissione.

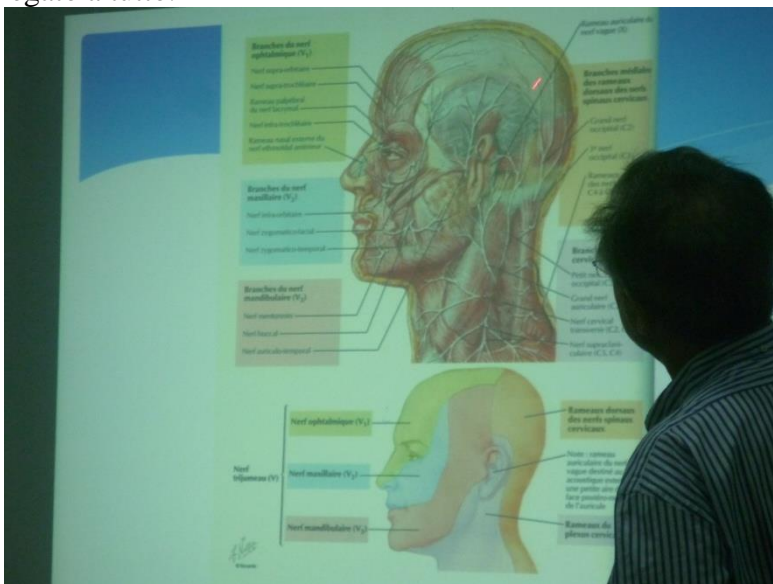
CEFALEA DA DISTURBO DI CONVERGENZA

Possono associarsi a disturbi della vista, e sensazione di occhio secco e il dolore non è calmato dagli antidolorifici abituali. Con l'auricoloterapia si possono ottenere dei risultati straordinari ma è proibito trattare se non si fa diagnosi. Quando si è sicuri di una diagnosi solo allora si può dare sollievo alla cefalea ma se si tratta senza fare la giusta diagnosi, questo stato può evolvere e vi possono essere delle catastrofi.

Schema di trattamento auricoloterapico

Omega 2, ipotalamo anteriore(ormonale) e V1...

Questo schema mostra come tutti i muscoli sono collegati gli uni con gli altri. Se si fanno degli elettrodermogrammi, se toccate per es il muscolo lombare e mettete un elettrodo sul frontale, raccogliete un potenziale perché se tutto è legato voi avete che ogni muscolo si incrocia con l'altro e tutta la linea, ci sono dei punti muscolari particolari che sono estremamente innervati ed è la ragione per cui tutto è legato con tutto, siamo un ologramma. Vediamo i muscoli sinistri; questa è la faccia posteriore e vediamo l'innervazione corrispondente, si vede come tutto è legato a tutto.

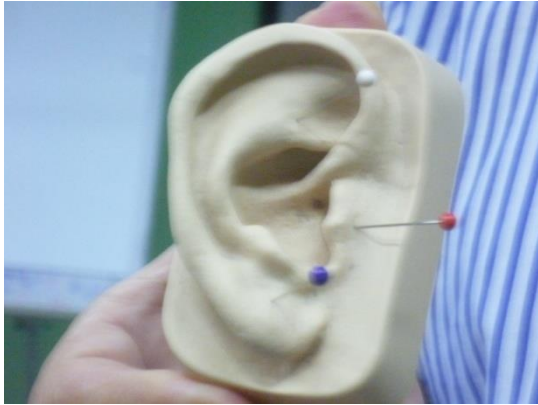


Questa immagine serve a mostrare i territori di innervazione c'è il territorio di V1.V1,V3, il territorio di C1-c2, C3. L'orecchio è collegato al plesso cervicale, ai rami del vago ed a V3. Tutto questo insieme realizza una sorta di mosaico dove tutto comunica con tutto.

Terapia

Vediamo che fare in questo caso con l'auricoloterapia. Una triade di rilassamento bilaterale in questi casi può essere sufficiente.

TRIADE DI RELAX



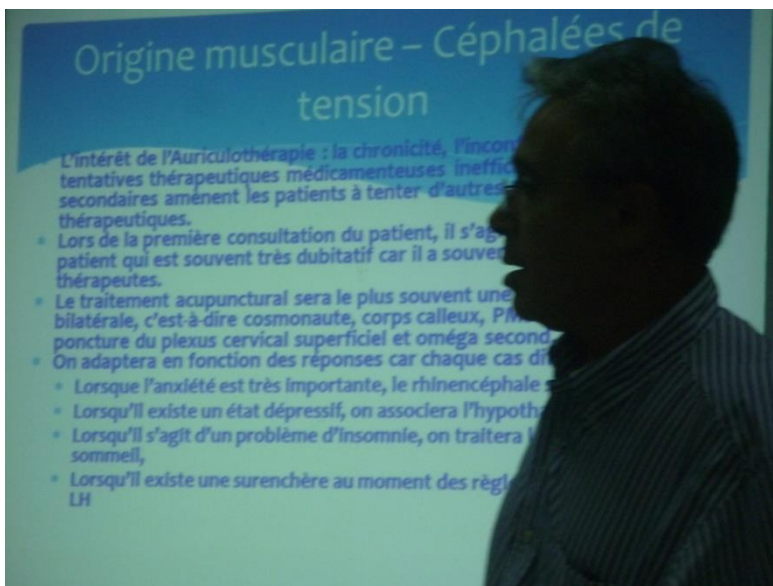
ve

Si punge il punto dei COSMONAUTI, il PMS sensitivo ed in terza posizione il CORPO CALLOSO

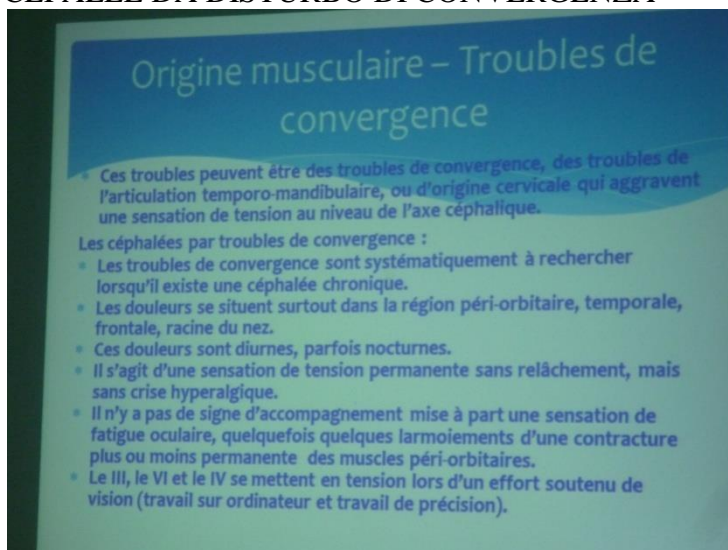
Se si fa un altro ordine non avrete più un 'azione ansiolitica, rilassante. Se si fa prima ad es il PMS non si ha più questa azione. Anche se la nevralgia è monolaterale, si deve trattare bilateralmente perché i due emisferi sono collegati dal corpo calloso e partecipano. **I due emisferi cerebrali sono coinvolti in questa patologia, se si abbassa il potenziale solo di un emisfero si aggrava la patologia**, bisogna farlo bilateralmente.



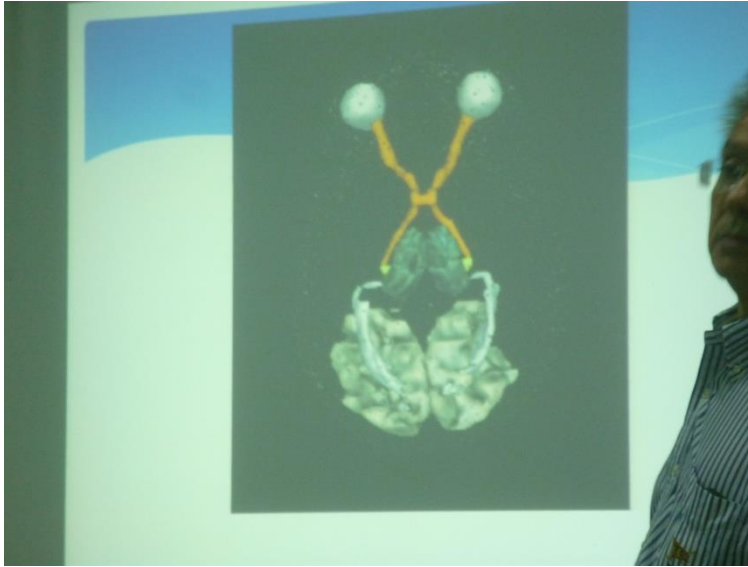
PUNTO PATOGNOMONICO SULL'OCCIPITE



CEFALEE DA DISTURBO DI CONVERGENZA



Possono esservi disturbi della vista, ed una sensazione di occhio secco, possono esserci delle epistassi ed il dolore non è calmato dagli antalgici abituali. Con l'auricoloterapia si ottengono dei risultati spettacolari ma prima bisogna fare diagnosi, quando si è certi di una diagnosi solo allora si può dare sollievo ad una cefalea, ma se si tratta senza fare diagnosi questo può evolvere e si possono avere delle catastrofi. E' sufficiente trattare Omega 2, ipotalamo anteriore e V1



. L'ipofisi sta appesa alla base del cervello, il chiasma ottico, tutta la regione ipotalamica, il talamo, spiegano come una lesione di questa regione può interessare parecchie strutture.

CEFALEA POST-TRAUMATICA

La cefalea post traumatica o post commotiva può sopravvenire dopo un trauma cranico, l'epicentro della cefalea si trova nel punto dove il soggetto ha subito il trauma e spesso vi è una sensazione di oppressione che accompagna la cefalea.

Schema di trattamento auricoloterapico

Omega 2,,V1, C1-C2, Cosmonauti.

Se si pensa che vi sia una sequestrazione patologica e se si tratta di un avvenimento recente si tratta l'ippocampo se è più vecchio si tratta l'amigdala.. Si può poi fare anche il diencefalo se vi è una componente emozionale.

CEFALEA DOPO PUNTURA LOMBARE

Sono legate ad una irritazione meningea che può riconoscere 2 cause:

- 1) il paziente è mobilizzato in maniera troppo rapida, vi è una bolla d'aria che si infiltra e crea un'irritazione meningea
- 2) una puntura lombare può diminuire la pressione idrostatica. Le cefalee si verificano caratteristicamente quando il paziente è in piedi mentre spariscono da sdraiato.

Schema di trattamento auricoloterapico

Omega 2,omega,plesso cervicale superficiale,C2(che è il punto maestro in questo plesso), mielo mero lombare, talamo e eventualmente V2 a seconda di dove si irradia il dolore, perché il dolore può irradiarsi su V2 se abbiamo una depressione delle cisterne della base.

Il Trattamento è efficace in tempo molto rapido, si aumenta la produzione di liquido cefalo-rachidiano , si abbassa la cronassia, il processo di riparazione va da solo.

CEFALEE DI ORIGINE PSICOGENA

Le cefalee di origine psichica, sono in genere in un contesto depressivo con il corteo sintomatologico che ne segue con disturbi del sonno, incubi notturni, come avere il cervello in effervescenza. I pazienti sono irritabili, sensibili al rumore. Queste cefalee psicogene molte volte sono un alibi. Si tratta di persone che non delegano ad altri.

Questi pazienti hanno lo sguardo fisso

. **Schema di trattamento auricoloterapico**

La 1) Triade di rilassamento bilaterale cominciando dal lato opposto alla lateralità in maniera da arrivare prima al cervello emozionale

3) Ipotalamo posteriore

4) V1

5) Plesso cervicale superficiale

CEFALEE DA ABUSO DI MEDICAMENTI

Schema di trattamento auricoloterapico

Abbiamo tre obiettivi in questi trattamenti

1) Possiamo fare il trattamento della cefalea con la formula per le dipendenze

2) V1, Plesso cervicale superficiale e punto maestro sensitivo

Per ridurre il farmaco si fa:

a destra fegato, a sinistra pancreas

Ipotalamo posteriore, formazione reticolare mesencefalica, tronco cerebrale e rinencefalo.