



C. Pecoraro

## RIASSUNTO

In questo articolo si riporta il caso di una paziente di 52 aa, affetta da cisti di Tarlov lombosacrale trattata con terapia omeomesoterapica/omeosiniatrica abbinata ad Elettroagopuntura per il controllo della sintomatologia algica lamentata.

**PAROLE CHIAVE** CISTI DI TARLOV, **NEUROIMAGING**, OMEOMESOTERAPIA, OMEOSINIATRIA, ELETTOAGOPUNTURA, ZEEL® T, RHUS TOX.-HOMACCORD

**SUMMARY:** This article reports the case of a patient F, 52 years old, with lumbosacral Tarlov cyst treated with Homeomesotherapy/Homeosiniatry combined with Electroacupuncture for the control of the algic symptoms complained.

**KEY WORDS:** TARLOV CYST, NEUROIMAGING, HOMEOMESOTHERAPY/HOMEOSINIATRY, ELECTROACUPUNCTURE, ZEEL® T, RHUS TOX.-HOMACCORD



## TERAPIA ANTALGICA DELLA CISTI DI TARLOV CON OMEOMESOTERAPIA E ELETTOAGOPUNTURA – DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO RARO

*ANTALGIC THERAPY OF TARLOV CYST WITH HOMEOMESOTHERAPY AND ELECTROACUPUNCTURE – DESCRIPTION OF A RARE CLINIC CASE*

### INTRODUZIONE

Le cisti di Tarlov, o cisti perineurali, sono piccole *sacche* ripiene di **liquido cerebrospinale (CSF)** che si rilevano a livello delle radici dei nervi spinali, soprattutto nella *zona sacrale*; possono rimanere asintomatiche o determinare la comparsa di una sintomatologia dolorosa, anche imponente ed invalidante.

### INCIDENZA E ETIOPATOGENESI

L'incidenza delle cisti di Tarlov è di 5 casi su 10.000 (1); i casi sintomatici costituiscono solo **1%** del totale (2).  
– Dopo la prima descrizione effettuata da Isadore Max Tarlov nel 1938 (3), diversi A.A. hanno descritto alcuni tipi di cisti perineurali. Nabors *et Al.* (4) hanno classificato le

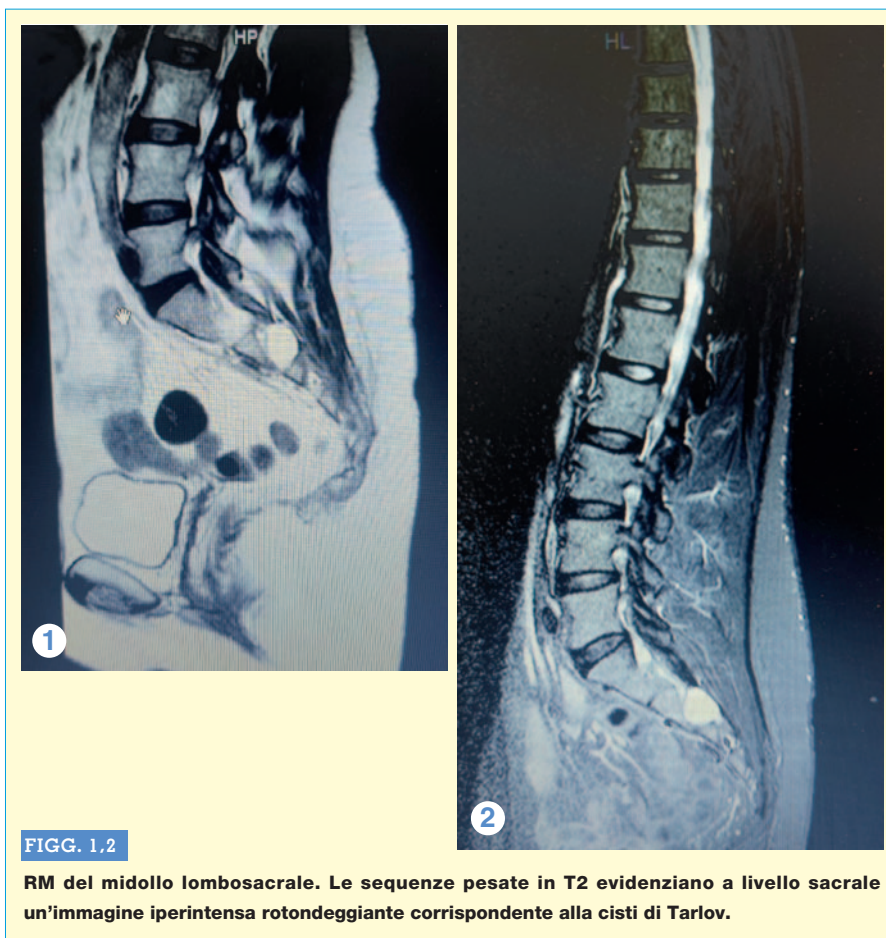
cisti di Tarlov in tre tipi:

- Tipo 1 – cisti extradurali meningee senza fibre della radice spinale;
- Tipo 2 – cisti extradurali meningee con fibre della radice spinale;
- Tipo 3 – cisti meningee intramurali spinali.

La parete della cisti è costituita da perineurio e Tessuto neurale con fibre di nervi periferici e cellule ganglionari incorporate nel Tessuto connettivo, aspetto rilevato da Voyadzis *et Al.* nel 75% dei casi da loro esaminati (5,6,7).

– La maggior parte dei soggetti portatori di cisti di Tarlov sono asintomatici; si stima – per eccesso – che solo l'**1%** dei soggetti affetti siano sintomatici.

La presentazione clinica si caratterizza per una sintomatologia aspecifica pres-



FIGG. 1,2

RM del midollo lombosacrale. Le sequenze pesate in T2 evidenziano a livello sacrale un'immagine iperintensa rotondeggiante corrispondente alla cisti di Tarlov.

sochè sovrapponibile al dolore da ernia discale e dolore lombare spinale (8,9,10).

– Il meccanismo fisiopatologico che causa dolore deriva da forze idrodinamiche che si sviluppano durante la circolazione liquorale che determinano, attraverso un meccanismo “a sfera-valvola”, l'aumento delle dimensioni della/e cisti con conseguente **compressione** delle **radici** e delle **fibre nervose** limitrofe (11).

Inoltre, è possibile che, attraverso un meccanismo gravitazionale, si accumulino CSF nella cisti con conseguente compressione delle strutture neurali.

Se le cisti sono multiple, ingrandendosi possono erodere le strutture ossee limitrofe causando irritazione delle fibre nervose e dolore periostale a livello sacrale (6,11).

L'infiammazione delle radici nervose potrebbe derivare anche dalla deposi-

zione, dopo un trauma, di emosiderina nei vasi del perinevrio e dell'epinevrio, con conseguente ostacolo al drenaggio venoso. Altra ipotesi è l'origine congenita delle cisti (5,7,10).

## SINTOMATOLOGIA

I pazienti sintomatici portatori di cisti di Tarlov lamentano lombalgia, dolore sacrococcigeo, perineale, sciatico, debolezza agli arti inferiori, *claudicatio* neurogena, disfunzioni intestinali e vescicali e, in alcuni casi, disfunzione erettile e sessuale.

– L'insorgenza dei sintomi può essere improvvisa o graduale.

Generalmente il paziente riferisce che la sintomatologia è esacerbata da tosse, cambiamenti di posizione, statura eretta e manovra di Valsalva, quest'ultima probabilmente in relazione al meccanismo “a sfera-valvola” come già riferito, ossia ad aumento pressorio del CSF all'

l'interno della cisti.

Un beneficio sui sintomi può derivare dalla posizione supina.

## NEUROIMAGING

La **Risonanza Magnetica (RM)** rappresenta il *gold-standard* per la diagnosi delle cisti di Tarlov e per lo studio dei rapporti tra la/e cisti e le strutture anatomiche limitrofe.

Le immagini RM evidenziano un'ipointensità nelle immagini T1 pesate e una iperintensità nelle immagini T2 pesate e nelle T1 dopo mezzo di contrasto (FIGG. 1,2).

– La mielografia, pur invasiva, è l'unica in grado di valutare i rapporti della cisti con lo spazio sub-aracnoideo.

## CASO CLINICO

In questo lavoro viene presentato il caso di una paziente di 52 aa, venuta alla personale osservazione nel gennaio 2017 con diagnosi di cisti di Tarlov sacrale accertata circa un anno prima a seguito di un dolore insorto dopo una caduta domestica accidentale con trauma sacro-coccigeo.

– La paziente lamenta un dolore sacrale persistente che si irradia posteriormente all'arto inferiore destro fino al cavo popliteo; tale dolore viene descritto come pulsante, soprattutto a livello sacrale, peggiorato dalla posizione seduta e leggermente migliorato dalla posizione supina.

La paziente ha in precedenza praticato diverse terapie farmacologiche (FANS, cortisonici, oppiacei, pregabalin, duloxetine, palmitoiletanolamide), fisiche e strumentali (ozonoterapia, infiltrazione cortisonica epidurale, terapia con anestetici locali epidurali) con risultati scarsi e non duraturi nel tempo.

– La paziente, per dimensione e sede della cisti, non è elegibile per l'intervento chirurgico.

## RAZIONALE DELLA SCELTA TERAPEUTICA

Poichè le cisti di Tarlov sono una patologia cronica che determina un *ristagno* di CSF a livello meningeo, oltre al meccanismo fisico che determina la compressione della radice nervosa, è verosimile che coesista un processo infiammatorio cronico che si automantiene.

– Si è pertanto deciso di trattare la paziente con sedute combinate di Omeomesoterapia con farmaci BrSM e Agopuntura elettrostimolata; si è scelto di somministrare Zeel® T fl e Rhus tox.-Homaccord fl.

Per quanto riguarda l'Agopuntura, sono stati utilizzati alcuni Punti dei **Meridiani Vescica e Rene**; i **Punti Hwato** ed i **Punti Ashi** (punti dolenti locali).

Il Meridiano Vescica è *Yang*; è il Meridiano con più Punti in assoluto: inizia dal punto V1 (canto interno dell'occhio) e termina al punto V67 (margine laterale del V dito del piede).

È il Meridiano di *protezione*, in quanto affianca la colonna vertebrale dividendosi in due branche parallele; il trattamento di alcuni Punti nel passaggio toraco-lombare è fondamentale in tutte le Sindromi dolorose osteoarticolari.

– Il Meridiano Rene è *Yin* ed origina dalla pianta del piede (R1) e termina a livello toracico alto al Punto R27.

Anche alcuni Punti di questo Meridiano sono molto utilizzati nelle Sindromi dolorose, soprattutto dorsali e lombari.

– I punti Hwato sono localizzati nella regione dorsale a 1 cm ≈ lateralmente dal Meridiano Vaso Governatore che *passa* sopra le apofisi spinose delle vertebre.

La paziente viene ancora seguita presso il personale studio con una media di una seduta ogni 30/40 giorni, variabilmente, e non assume alcuna terapia antalgica.

– **Zeel® T** contiene il nucleo dei catalizzatori intermedi necessari al ripristino della attività enzimatica; il nucleo degli unitari dell'Omeopatia classica deputati alla modulazione del processo infiammatorio acuto e cronico; il nucleo degli organoterapici -suis, che agiscono sulla vascolarizzazione del Tessuto connettivo, stimolazione della vascolarizzazione e ristrutturazione cartilaginea.

– **Rhus tox.-Homaccord** contiene 8 unitari dell'Omeopatia classica in diverse diluizioni (D10, D30; per due unitari, anche D200), il che permette di ottenere un'azione multipla sia sul sintomo sia a livello mentale; tra questi sicuramente l'azione antinfiammatoria, l'azione sedativa e calmante, l'azione sulle contratture muscolari, le nevriti e le sciatalgie.

## METODO

La paziente è stata sottoposta ad un trattamento mensile di Elettroagopuntura seguito da Omeomesoterapia nei punti dolorosi + Omeosiniatria nei punti di Agopuntura.

## RISULTATI

La paziente è in terapia da circa 6 anni presso il personale ambulatorio (sedute mensili) con risultati molto soddisfacenti, senza la necessità di assumere, nell'intervallo tra le sedute, alcuna terapia antalgica farmacologica.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Le cisti di Tarlov sintomatiche, pur essendo una patologia piuttosto rara, sono fortemente invalidanti a causa della sintomatologia dolorosa; spesso richiedono la somministrazione di oppiacei. La patologia è frequentemente misconosciuta perché erroneamente diagnosticata come Lombosciatalgia cronica e – conseguentemente – non indagata al *neuroimaging*.

– La possibilità di trattare il dolore cro-

nico prodotto dalla cisti di Tarlov con una sola seduta mensile di Omeomesoterapia/Omeosiniatria antalgica integrata ad Elettroagopuntura rappresenta una valida alternativa nella gestione del dolore cronico in questi pazienti. ■

## Bibliografia

1. Kumpers P. et Al. – Sacral nerve root cysts - a rare cause of bladder dysfunction. Case report and review of the literature. *Aktuelle Urol.* **2006**; 37:372-375.
2. Paulsen R.D. et Al. – Prevalence and percutaneous drainage of cysts of the sacral nerve root sheath (Tarlov cysts). *AJNR Am J Neuroradiol.* **1994**; 15:293-299.
3. Tarlov I.M. – Perineural cysts of the spinal nerve roots. *Arch Neurol Psychiatry* 40:1067-1074; **1938**.
4. Nabors M.W. et Al. – Updated assessment and current classification of spinal meningeal cysts. *J Neurosurg* 68:366-377; **1988**.
5. Guo D. et Al. – Microsurgical treatment of symptomatic sacral perineural cysts. *Neurosurgery* 60:1059-1066; **2007**.
6. Neulen A. et Al. – Microsurgical fenestration of perineural cysts to the thecal sac at the level of the distal dural sleeve. *Acta Neurochir (Wien)* 153:1427-1434; **2011**.
7. Voyadzis J.M. et Al. – Tarlov cysts: a study of 10 cases with review of the literature. *J Neurosurg* 95 (1Suppl):25-32; **2001**.
8. Langdown A.J. et Al. – The clinical relevance of Tarlov cysts. *J Spinal Disord Tech* 18:29-33; **2005**.
9. Park H.J. et Al. – Incidental findings of the lumbar spine at MRI during herniated intervertebral disk disease evaluation. *AJR Am J Roentgenol* 196:1151-1155; **2011**.
10. Mummaneni P.V. et Al. – Microsurgical treatment of symptomatic sacral Tarlov cysts. *Neurosurgery* 47:74-79; **2000**.
11. Peh W.C. & Evans N.S. – Tarlov cysts-another cause of sacral insufficiency fractures? *Clin Radiol* 46:329-330; **1992**.

## Riferimento bibliografico

PECORARO C. – Terapia antalgica della cisti di Tarlov con Omeomesoterapia e Elettroagopuntura. – Descrizione di un caso clinico raro. *La Med. Biol.*, **2024**/4; 45-47.

## Autore

### Dott.ssa Carla Pecoraro

– Specialista in Neurologia  
– Specialista ambulatoriale presso  
Asp di Catania

Parco Vulcania  
Via Torino, 73A - interno 12  
I – 95218 Catania