

Trattamento bionutrizionale delle fasi acute del morbo di Crohn e della rettocolite

Dott. Fausto Aufiero

Avellino

Abstract

Le malattie infiammatorie croniche dell'intestino sono entità nosologiche caratterizzate da frequenti fasi di riacutizzazione, la cui espressione sintomatologica è notevolmente invalidante per il paziente. I presidi terapeutici forniti dalla moderna farmacologia non sempre si rivelano efficaci nel frenare con la necessaria rapidità il tenesmo rettale, le perdite idroelettrolitiche, il depauperamento organico e la conseguente astenia.

La Bioterapia Nutrizionale, partendo dai dati della fisiologia e della fisiopatologia tipica di queste manifestazioni morbose e dall'equazione individuale di ogni singolo malato, è in grado di fornire una risposta terapeuticamente valida, sia nelle fasi acute che in quelle croniche. Nella presente relazione, tutti i complessi e molteplici fenomeni patologici vengono analizzati singolarmente, esponendo i nutrienti ed i principi attivi contenuti negli alimenti, che il medico impiega in funzione terapeutica.

I risultati conseguiti lasciano supporre che una corretta alimentazione, secondo i principi della Bioterapia Nutrizionale, potrebbe influire positivamente in un numero significativo di pazienti affetti da queste patologie, sia in alternativa ai comuni trattamenti farmacologici, sia quando questi ultimi non hanno apportato i benefici sperati.

Relazione

Per Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino (IBD) si intendono fondamentalmente il morbo di Crohn e la rettocolite ulcerosa, due patologie sostanzialmente diverse, ma accomunate da una serie di caratteristiche sintomatologiche.

Il morbo di Crohn si localizza soprattutto nell'ultimo tratto dell'intestino tenue (*ileite terminale*) e/o nel grosso intestino (*ileo-colite o colite di Crohn*), anche se, teoricamente, può colpire qualunque tratto dell'apparato digerente, dalla bocca all'ano. La rettocolite ulcerosa, invece, coinvolge solo il grosso intestino, a volte

in tutta la sua estensione, dal retto al colon ascendente, ma più spesso in modo parziale, interessando solo il tratto colico sinistro o solo il retto ed il sigma. Il sintomo principale è costituito dalla diarrea, con feci miste a sangue e muco. Le scariche possono essere anche molto numerose, in relazione alla gravità della malattia. In caso di localizzazione rettale (*proctite*) può comparire anche stipsi.

Per una corretta diagnosi sono necessari alcuni esami endoscopici, radiologici ed ecografici, tesi ad escludere qualunque altra causa (*infezioni, colite spastica ecc.*). In caso di attacco severo, con più di sei scariche muco-sanguinolente al giorno e disturbi generali, normalmente il paziente viene ospedalizzato e nutrito per via parenterale.

Entrambe sono patologie croniche caratterizzate dall'alternarsi di periodi di attività e di quiescenza. Sintomi tipici, anche se piuttosto variabili da soggetto a soggetto, sono: dolore addominale; febbre; diarrea; lesioni del cavo orale; anemia ferropriva; astenia e calo di peso (*dovuti a malassorbimento*). Possono presentarsi anche disturbi extra-intestinali, come: artriti; lesioni oculari e cutanee; calcoli renali; epato-colangiopatie.

La terapia medica, non potendo eliminare le cause (*in quanto tutt'ora ignote*), mira a contenere i sintomi, ad evitare le complicanze (*piuttosto frequenti e più fastidiose della malattia stessa*) e a prevenire le recidive. A seconda dei casi, si adoperano diversi tipi di farmaci; per esempio, gli steroidi: prednisone, prednisolone, budesonide (*in sperimentazione*); gli antibiotici: ciprofloxacina, metronidazolo; gli antinfiammatori: mesalazina, sulfasalazina; gli immunosoppressori: mercaptopurina, azatioprina; alcuni anticorpi monoclonali: infliximab (*in sperimentazione*).

L'età tipica di insorgenza è 30-35 anni, anche se oggi è sempre più frequente la comparsa di tali patologie in età pediatrica ed adolescenziale. Lake et al. indicano come, nell'ultimo decennio, negli Stati Uniti, il morbo di Crohn sia diventata la causa più frequente di diarrea e/o scarso accrescimento nel bambino. Castro et al. segnalano in Italia, oltre ad un aumento del numero di diagnosi per anno, una maggiore prevalenza nei paesi del Nord (48 %) rispetto al Centro (35 %) ed al Sud (35 %), con una maggiore incidenza nelle aree urbane (52 %), rispetto a quelle rurali (48 %).

Concettualmente, la cronica o ricorrente infiammazione della mucosa intestinale passa attraverso l'interazione di fattori esterni che agiscono a livello del lume intestinale, provocando l'inizio della cascata infiammatoria con la sintesi di mediatori chimici, l'attivazione di linfociti e macrofagi e la produzione di radicali liberi.

Le IBD non si verificano mai in soggetti che si sentano pienamente realizzati, a meno che non abbiano praticato delle diete dimagranti utilizzando dosi notevoli di prodotti a base di crusca. La genesi autoimmune, pur in presenza di autoanticorpi, non aiuta la terapia, poiché i farmaci comunemente utilizzati non riescono quasi mai a risolvere il problema. Dal punto di vista del quadro generale e del profilo psico-patologico, si tratta di soggetti con problemi più o meno gravi di adattamento sociale, con insoddisfazioni o vere e proprie frustrazioni legate spesso alla condizione lavorativa. Del resto, il colon e le sue patologie sono sempre associate a problematiche di adattamento sociale e ambientale, vedi le stipsi croniche, o semplicemente

la costipazione, che insorge in soggetti che normalmente non presentano questa problematica se non quando sono in viaggio o comunque fuori casa.

In un numero significativo di pazienti affetti da rettocolite ulcerosa si evidenzia all'anamnesi una storia di stipsi cronica gestita con lassativi più o meno violenti, quindi una manipolazione della fisiologia del transito intestinale, sia per via orale che per via rettale. Nelle donne, questa patologia può insorgere in conseguenza del desiderio di dimagrire, che le induce ad utilizzare sostanze che accelerano del transito intestinale o che provocano il vomito post-prandiale, quali emetici, lassativi, stimolanti tiroidei o sostanze che irritano violentemente la mucosa intestinale. Questa iperattività e questa irritazione cronica può innescare una reazione autoimmune, che tende ad automantenersi.

Indicazioni bionutrizionali generali

Nella sequenza temporale dei fenomeni fisiopatologici, dopo la stipsi (*evidenziabile spesso solamente all'anamnesi*), si verifica un periodo caratterizzato da un aumento delle scariche intestinali, con materiale fecale frammisto a muco. Successivamente, possono comparire delle dolenzie sempre più intense e frequenti, dovute allo stato infiammatorio cronico che provoca fermentazione del materiale fecale e conseguente meteorismo; infine, si arriva alla fase acuta vera e propria, con tenesmo rettale, scariche ripetitive di materiale scomposto, scorie non digerite di cibo e, soprattutto, presenza di sangue.

A questo punto, di solito, le fasi di stipsi si riducono o scompaiono, poiché non c'è più la possibilità del riassorbimento, in quanto la mucosa irritata diventa ipercinetica e sanguinante. Questo è il motivo che porta il paziente in situazioni di anemia, debilitazione, disidratazione e bruciore rettale per l'iperacidità del lume intestinale. Infatti, le sostanze acide idrosolubili non possono più essere riassorbite e contribuiscono a mantenere lo stato irritativo della mucosa.

Se ci si trova nella fase prodromica della stipsi, associata a brevi fasi di scariche diarroiche, è evidente che bisognerà sostenere e facilitare intensamente l'attività del fegato, senza concentrare troppo la Terapia Nutrizionale in direzione del rallentamento e addensamento del materiale fecale.

In una fase appena successiva, quando il paziente riferisce scariche semifluide, con presenza più o meno importante di muco (*"camicia" mucosa che avvolge la massa fecale*), lo stato di irritabilità esprime una tendenza alla cronicizzazione ed il muco rappresenta il tentativo della mucosa del colon di espellere i prodotti della irritazione cronica, per poter continuare ad assorbire e a svolgere le sue funzioni fisiologiche.

In questa fase grave ed invalidante, le comuni terapie farmacologiche riescono ad attutire il problema e a renderlo più o meno sopportabile. In diversi casi si ricorre addirittura all'asportazione chirurgica del tratto di colon più infiammato, ma raramente i risultati sono soddisfacenti. La Bioterapia Nutrizionale, utilizzando solo alimenti e associazioni mirate degli stessi, riesce ad avere risultati di gran lunga superiori, con possibilità di lunghe remissioni della patologia.

Criteri bionutrizionali, nutrienti e principi attivi

In fase acuta o riacutizzata del morbo di Crohn e della rettocolite ulcerosa, il razionale dei presidi bionutrizionali deve seguire una logica terapeutica molto più farmacologica che alimentare, orientandosi in base alle priorità che si evincono dal quadro clinico e dalla sintomatologia del singolo paziente.

In linea generale, alle necessità terapeutiche principali ed impellenti del paziente, la Bioterapia Nutrizionale risponde con la proposizione di una serie di nutrienti e principi attivi, che agiranno sui molteplici fattori di queste complesse patologie.

Equilibrio idro-elettrolitico e calcio - Una delle prime necessità terapeutiche consiste nel ripristinare con la maggiore rapidità possibile un equilibrio elettrolitico notevolmente alterato dalla frequenza delle scariche muco-sanguinolente, sapendo che l'apporto di liquidi ipertonici deve essere evitato, a causa della loro azione di stimolo sul transito intestinale e della incapacità della mucosa ad assorbirli. In queste situazioni cliniche si ha una difficoltà all'assorbimento, per cui aggiungere liquidi a quelli già presenti nel lume intestinale (*che vengono espulsi con le scariche diarroidiche*), non gioca certo in senso terapeutico. Questa osservazione è pienamente valida ogni volta che la diarrea e l'irritazione intestinale è associata ad un danno cronico della mucosa che impedisce o riduce l'assorbimento dei liquidi. Diversa è la diarrea acuta liberatoria, secondaria all'ingestione di sostanze tossiche, nel qual caso l'apporto di liquidi servirà a favorire la diarrea, magari associando zucchero per aiutare il lavoro detossicante del fegato, come una vera e propria soluzione glucosata per os.

L'alimento che più di tutti risponde a queste esigenze terapeutiche è il formaggio. Rispetto al calcio ed ai sali minerali presenti in preparazioni farmacologiche, il formaggio risulta molto più efficace per la presenza di un componente fondamentale, capace anche di coagulare e addensare la massa fecale semiliquida e sanguinolenta, costituita dal caglio naturale derivato dallo stomaco essiccato di capretto o agnello da latte. Per questa ragione, devono essere impiegati formaggi a fermentazione biologica con caglio naturale, come il parmigiano, il quale ha anche la caratteristica di contenere elettroliti in concentrazioni fisiologiche ed enzimi che facilitano il ripristino della normale capacità digestiva del paziente.

Addensamento del materiale fecale - Tutte le associazioni bionutrizionali in fase acuta avranno lo scopo di nutrire, svolgendo una funzione di addensamento e coagulazione del materiale fecale. Al citato formaggio, saranno associati alimenti facilmente digeribili e, soprattutto, molto asciutti o disidratati; per esempio il pane tostato, sfruttando il calore per far evaporare l'acqua, trasformare gli zuccheri complessi in zuccheri semplici ad immediata biodisponibilità (*infatti, il pane tostato lascia in bocca un retrogusto dolce*) ed abbattere totalmente i residui di lievito, che potrebbero aumentare i processi fermentativi già in atto. Anche una mela cotta risponde alle citate necessità terapeutiche, apportando zuccheri disponibili per sostenere il fegato nella sua funzione di drenaggio dei cataboliti e sarà del tutto priva di acidità (*che costituirebbe uno stimolo non richiesto alla peristalsi e alla stimolazione del pancreas, il quale produrrebbe succhi in eccesso e faciliterebbe la diarrea*); la sua componente in cellulosa sarà destrutturata dal calore, riducendo lo stimolo peristal-

tico; infine, svolgerà un'azione sedativa dell'irritabilità nervosa, sempre presente in questi pazienti. La mela potrà essere cotta a secco, in forno o in carta argentata (*per disidratarla al massimo*), oppure potrà essere cotta a piccoli pezzi in padella, aggiungendo mezzo bicchiere di vino rosso (*che si lascerà evaporare, fino a rendere la mela totalmente caramellata*), insieme a buccia di limone, cannella e chiodi di garofano, allo scopo di avere una più forte azione sedativa, ma anche una potente azione antibatterica e disinfettante per il lume intestinale.

Ristrutturazione tessutale - Anche nella fase più acuta della malattia, l'apporto proteico costituirà un componente nutrizionale fondamentale, che favorirà i processi di ristrutturazione tessutale a carico di una mucosa fortemente lesa dai processi infiammatori. Le proteine dotate di maggiore potere ristrutturante sono quelle superiori, possibilmente crude ed essiccate, in modo da evitarne la denaturazione secondaria alla cottura; per esempio, quelle del prosciutto crudo (*utile anche per l'apporto di sali*), della bresaola e dello speck, proposte anche sotto forma di toasts. In una fase successiva, si proporrà il filetto ai ferri o gli straccetti di carne, entrambi caratterizzati da una cottura rapida, che disidrata e riduce al minimo la denaturazione delle proteine. Nel caso degli straccetti, si faranno cuocere in olio bollente con aggiunta di prezzemolo (*apporto di ferro e vitamina C*), peperoncino, salvia (*azione sedativa*) e rosmarino (*azione antispastica ed eupeptica*).

Favorire la coagulabilità - Quando predomina la componente ematica nelle feci, occorrerà migliorare la coagulabilità ematica e fornire principi attivi in grado di aumentare il tono ed il trofismo dell'endotelio capillare. Già il calcio apportato con i formaggi, contribuirà a favorire i processi di coagulazione e, in qualità di neuro-modulatore, svolgerà un ruolo sedativo e miorilassante a carico della muscolatura liscia intestinale. Il ferro, presente nella bresaola e, come si dirà di seguito, nel vino rosso, faciliterà i processi cicatriziali e velocizzerà l'utilizzo degli altri nutrienti; infine, la vitamina C e K, proponibile sotto forma di premuta di pompelmo (*da non assumere mai a stomaco vuoto, per la citata azione negativa dei liquidi*) e della carota frita in olio extravergine d'oliva (*veicolo lipidico che agevola, in virtù del calore, la biobisponibilità della vitamina K liposolubile*).

Azione antiossidante ed antinfiammatoria - Nella fase acuta, occorrerà fornire nutrienti dotati di azione antinfiammatoria, cicatrizzante, antifermentativa e batteriostatica. Alcuni di questi sono anche ricchi di tannino, ad azione astringente e neurosedativa.

Il vino rosso, ricco di ferro e sali minerali, dotato di potere antiossidante per il suo contenuto in polifenoli e risveratrolo, è anche un potente antisettico del lume intestinale e apporta notevoli quantità di sostanze tanniche, che contrastano le pericolose nitrosamine presenti nel lume intestinale, svolgendo anche una funzione astringente. La quantità dovrà essere limitata a 30-50 cc, da assumere ai pasti; sarà terapeuticamente efficace solamente un vino fermentato nei raspi (*ricchi di tannino e polifenoli*) e non pastorizzato, in quanto il riscaldamento ne abbatte il contenuto in principi attivi e ne riduce il potere antiossidante.

Il tè costituisce una bevanda da proporre in piccola quantità, appena i fenomeni

patologici tendono a migliorare. Esso contiene ferro, sostanze antiossidanti, tannini, ma anche teobromina. Quest'ultima costituisce un alcaloide ad azione eccitante, che si libera in pochi secondi, mentre il passaggio in soluzione acquosa delle sostanze tanniche richiede da tre a cinque minuti. Per questa ragione, l'infusione dovrà essere prolungata.

Il peperoncino costituisce un vero e proprio farmaco nei pazienti affetti da patologie infiammatorie intestinali. Numerosi studi confermano il potere terapeutico della capsaicina, sostanza liposolubile (*perciò trattenuta negli strati lipidici delle membrane cellulari*) che facilita l'apertura dei canali ionici di membrana, sia dall'esterno che dall'interno della cellula. In condizioni fisiologiche, l'apertura del canale non solo avvierà gli impulsi nervosi, depolarizzando il potenziale della membrana, ma innalzerà considerevolmente anche i livelli di calcio intracellulare.

Dopo un'ora dall'ingestione di peperoncino, i livelli plasmatici di corticosteroidi possono raggiungere il triplo del loro valore abituale; per questa ragione, una alimentazione costantemente ricca in peperoncino contribuisce a sostenere il tono generale dell'organismo ed a conferire maggiore resistenza alla fatica ed allo stress.

Il peperoncino disinfetta, aumenta la vascolarizzazione periferica ed il passaggio attraverso le membrane, è un antifermentativo intestinale, accelera i processi metabolici e decongestionano.

Indispensabile nel trattamento di alcune patologie gravi, quale la rettocolite ulcerosa in fase acuta, il suo impiego all'inizio è problematico in quanto può aumentare il dolore, gli spasmi e quindi le scariche. In tal caso si è portati ad evitarlo o a ridurlo, per poi incrementarne l'uso con gradualità.

Questa decisione è accettabile, ma allunga i tempi di risposta del trattamento, in quanto mantiene il ritmo della patologia per un tempo più lungo. Molto più utile sarebbe sopportare l'iniziale incremento della sintomatologia, poiché l'aumento delle scariche (*conseguente ad un uso insistente del peperoncino*) non esprime aumento della infiammazione e dell'emorragia, ma solo incremento dei processi di pulizia della mucosa, indispensabili per poter avviare la ricostruzione. In questo secondo caso si procede in modo terapeuticamente corretto, in quanto ci si inserisce nel ritmo della patologia per poterne assumere il controllo, portarla al massimo della sua espressione (*acme o crisi*) e poi si gestisce la fase di esaurimento o lisi.

Questa condotta terapeutica dovrebbe essere seguita in tutte le patologie, ad eccezione di quelle nelle quali il momento di crisi o acme potrebbe mettere in pericolo la vita del paziente. Anche nel trattamento bionutrizionale del morbo di Crohn, il peperoncino è un alimento indispensabile; la sua azione cicatrizzante, revulsiva, disinfettante, antiemorragica (*per il contenuto di vitamina K*) ed antivirale diventa fondamentale per attivare i processi di guarigione in un distretto anatomico dell'intestino difficile da raggiungere e sottoposto al transito di materiale fecale tossico ed irritante. Mentre disinfetta, il peperoncino, iperemizzando, facilita l'arrivo dei fattori ematici necessari per avviare tutti i processi di cicatrizzazione. I meccanismi d'azione sono due: da contatto ed interno. Il peperoncino ingerito viene a contatto diretto con la mucosa intestinale; quello assorbito viene riproposto alla zona ammalata per via

ematica. L'azione antifermentativa e mummificante (*per cui le feci non esercitano dilatazione dolorosa del tratto digerente malato*) e la capacità di accelerare il transito intestinale (*le feci vengono meno a contatto con la mucosa infiammata*), fanno di questa spezia il farmaco risolutivo in tale patologia.

Indicazioni bionutrizionali

Per l'azione fermentante ed acidificante, l'apporto di idrati di carbonio nella retocolite ulcerosa e in generale nelle ipercinesie intestinali con diarrea, deve essere presente, ma ridotto. Le quantità devono essere simili a quelle utilizzate nella gestione alimentare del diabete, vale a dire 40-50 g di pasta o riso. Si preferirà la pasta nei casi di stipsi, il riso nella fase francamente diarroica. Il pane, sempre sui 50 g, è preferibile proporlo tostato in quanto, per le ragioni esposte precedentemente, la tostatura abbate il lievito in eccesso nella mollica e rende l'alimento più digeribile, impegnando meno la secrezione dei succhi gastrici (*essi stessi responsabili del riflesso gastro-colico che facilita la frequenza delle scariche*).

Come esempio pratico dei dati teorici esposti, si può iniziare l'alimentazione con due toast, quindi un idrato di carbonio quasi totalmente disidratato, associato ad una proteina animale che serva come strutturante una mucosa fortemente lesa; per esempio, il prosciutto crudo e/o il formaggio (*che apporta quella quota di calcio necessaria per frenare l'iperomotilità della muscolatura liscia intestinale*). Quindi due toast prosciutto e formaggio. Si potrà associare una spremuta di pompelmo per la Vit. C nella sua funzione cicatrizzante e coagulante, ricordando che in queste situazioni bisogna essere molto attenti a non proporre molti liquidi.

Normalmente, già i due toast ed una spremuta a pranzo impediscono la scarica diarroica post-prandiale tipica in questi pazienti. Il pasto seguente può essere composto da riso bollito e condito con olio, limone ed uovo sodo, insieme ad una mela cotta; la quota proteica sarà rappresentata dall'uovo sodo (dotato di un potere addensante la massa intestinale; l'olio extravergine d'oliva svolgerà una funzione lenitiva, antiossidante e sedativa a carico della mucosa, in virtù del suo contenuto in vitamina E e polifenoli; l'apporto energetico sarà coperto dal riso; il limone, oltre ad essere un efficace antibatterico, apporterà la vitamina C e l'acido citrico; infine, la mela cotta svolgerà le funzioni citate precedentemente.

Il giorno dopo bisognerà avere informazioni circa la qualità e la consistenza delle feci del paziente, nel senso di chiedere se sono ancora liquide o semiliquide, poltacee, scomposte, semicomposte, ecc. Dalla condizione di queste ultime si programmerà l'alimentazione. Naturalmente a colazione è tassativamente vietato il latte, così come tutte le altre sostanze liquide. La soluzione più semplice, se non ci sono controindicazioni di tipo tiroideo, è l'uovo sodo (*che, con questa modalità di cottura, ha la capacità di coagulare la massa fecale, cosa che non avviene quando l'uovo è proposto crudo, fritto o alla coque*) e un minittoast con prosciutto e formaggio e, per non dare i liquidi tout court, una spremuta di pompelmo o, al massimo, una spremuta d'arancio. Il thè in questa fase di mucosa ipersensibile farebbe prevalere l'azione lassativa ed ipercinetica della teobromina rispetto a quella astringente del tannino.

Se il paziente lamenta dei dolori si potrebbe tentare con una piccola quantità di camomilla bevuta a piccoli sorsi. Anche l'orzo è assolutamente vietato, poiché può essere causa di gastriti per la sua azione stimolante il succo gastrico.

Una spremuta di pompelmo da sola a metà mattinata non è consigliabile, poiché avendo il sistema digerente impegnato nella colazione del mattino, si avrebbe una nuova stimolazione gastro-colica, fra l'altro liquida, che potrebbe far partire delle scariche diarroidiche.

A pranzo, se le feci sono ancora liquide come il primo giorno, si faranno usare ancora due toasts prosciutto e formaggio con pompelmo, oppure un vero e proprio panino con mortadella, che questi pazienti istintivamente gradiscono molto, in quanto la mortadella (*sconsigliabile sempre in situazioni normali perchè è un alimento molto manipolata*), in questo caso viene usata terapeuticamente per le sue proteine associate ad un grasso frenante la velocità digestiva. Oppure pane e caciotta, pane e bresaola, o i supplì di riso con la mozzarella inserita dentro, i ravioli o quelle composizioni con la pasta e la mozzarella o la pasta e il formaggio, addirittura i cannelloni o la lasagna al forno con un pò di peperoncino, soprattutto per iniziare a ridare anche il gusto al malato, mortificato dalla paura di mangiare.

Se le feci fossero già meno liquide o semplicemente scomposte, si potrebbero utilizzare 50 gr di penne all'arrabbiata o di riso all'arrabbiata, aggiungendo della carne, come quella tagliata sottilmente e cotta in padella con aglio, olio e peperoncino, detta "straccetti", oppure una fettina alla pizzaiola; all'occorrenza, si potrà aggiungere nello stesso pasto una patata frita e non bollita, in modo da avere un alimento disidratato che stimoli la funzionalità epato-biliare.

In questa prima fase di rieducazione intestinale è preferibile escludere totalmente le verdure, a causa del loro contenuto in cellulosa. Quindi per due-tre giorni una alimentazione basata solamente su una quota proteica, un idrato di carbonio e la frutta, mai la verdura. Per quanto riguarda la frutta, vanno esclusi i frutti lassativi come il kiwi, l'uva, le prugne, ecc. e si potrà usare la mela cotta di cui si è detto prima, ma anche il loto, per il suo contenuto in tannino. Anche le fragole sono proponibili in questa associazione poiché nell'insieme lo iodio che contengono viene frenato dagli idrati di carbonio e dal calcio, invece sarebbe lassativa se fosse associata ad un filetto ai ferri o al pesce ed insalata cruda. Come si intuisce, si può "giocare" terapeuticamente con ogni alimento, sapendo in quale contesto clinico e all'interno di quale associazione alimentare viene proposto.

Per esempio, il medico si può trovare di fronte ad un paziente con rettocolite ulcerosa che presenta anche una colecisti infiammata o calcolotica. In questo caso si dovrà risolvere il problema senza utilizzare il formaggio e mirando prima di tutto a drenare la colecisti. Per esempio si potranno usare riso e asparagi, con l'asparagina che ha un'azione drenante sulle vie biliari e frittura per stimolare il fegato.

La reintroduzione delle verdure deve iniziare dopo qualche giorno, quando il ritmo intestinale e la consistenza delle feci sono già accettabili. Il criterio nella scelta delle verdure deve essere direttamente proporzionale al grado dell'evoluzione clinica. Un primo criterio è quello di iniziare scegliendo con attenzione quelle meno ricche

di cellulosa. Perciò sono controindicati i broccoletti, la cicoria, il carciofo, la verza (*anche per la sua azione lassativa*), al pari di tutte le verdure che si caratterizzano per uno stroma coriaceo; invece, può essere indicata la zucchina, la cui cellulosa è scarsa e viene ben degradata dalla cottura, al pari del cavolfiore bollito e ripassato in aglio, olio e peperoncino oppure fritto-dorato, o i broccoletti che sono una infiorescenza come il cavolfiore e quindi con meno cellulosa. Anche gli asparagi sono proponibili, insieme ai pomodori cotti, magari ripieni di mozzarella, il pomodoro con riso, le zucchine in besciamella (*che va bene perchè è latte coagulato*).

Tra la scarola e l'indivia riccia è da preferire quest'ultima per la sua struttura più morbida, da fare comunque lessa e ripassata, mai cruda in questa fase. Per esempio si potrà far usare la pizza con formaggio e indivia.

In linea generale una verdura più è chiara, meno è ricca di clorofilla e di cellulosa. Per esempio, l'indivia belga rispetto al radicchio ha meno cellulosa e, mentre il radicchio è sconsigliabile per il suo alto contenuto di ferro e per la cellulosa, il ferro della belga potrebbe essere più sopportabile per il fegato, soprattutto facendola usare bollita, dopo aver tolto le foglie più esterne. Lo stesso vale anche per la cappuccina bollita.

Proibiti in senso assoluto sono i funghi, poiché la micosina esplica un notevole effetto irritante a carico della mucosa intestinale, provocando un aumento del transito intestinale, al pari dei peperoni e delle melanzane. Il mais va evitato per la sua azione irritativa sull'intestino, mentre i fagiolini non sono consigliabili per il contenuto in cellulosa e perchè inducono meteorismo.

I legumi in generale sono banditi almeno per un mese, poiché contribuiscono a potenziare e mantenere attiva la terza fase della rettocolite, cioè quella meteorica, ristabilendo un meteorismo che l'intestino non è ancora in grado di sopportare.

Associazioni

In un individuo affetto da una forma dissenterica particolarmente severa, le sorbe (*dotate di notevole percentuale di tannini*) potranno essere inserite in diverse associazioni bionutrizionali. Per esempio, si potranno prescrivere 60 g di riso con olio e limone, un uovo sodo, 40 g di parmigiano e sei sorbe. L'azione addensante del riso viene potenziata dal limone, che agisce perchè disinfetta e sterilizza la mucosa intestinale, sede di facili processi flogistici responsabili dello stato irritativo-infiammatorio; l'olio extravergine d'oliva, in virtù dei suoi lipidi insaturi e del suo contenuto in vitamina E, svolge una funzione lenitiva e riparativa; l'uovo sodo fornisce la quota proteica necessaria per avviare i processi di riparazione e, consumato in questa forma, esplica una netta azione addensante il materiale fecale; il parmigiano sarà indispensabile per ripristinare il pool elettrolitico perso con le scariche ripetute, per apportare il calcio necessario a migliorare i processi coagulativi (*qualora nel materiale fecale espulso sia presente anche il sangue*) e per la presenza degli originari enzimi del caglio, che contribuiscono a coagulare le sostanze disperse in mezzo liquido nel lume intestinale; infine, le sorbe forniranno una notevole percentuale di tannino e rafforzeranno il circolo venoso congestionato della mucosa intestinale.

Un'altro pasto, dotato della stessa finalità terapeutica, potrebbe essere il seguente: 170 g di filetto ai ferri, due carote tagliate a fettine sottili e fritte in olio extravergine d'oliva e una mela cotta. In questo caso, viene scelto un percorso terapeutico differente. Le proteine della carne ai ferri (*la cui denaturazione, ad opera del calore, viene ridotta al minimo dalla rapidità di cottura*) apporteranno una notevole quota di ferro e di elementi ricostruttivi per un tessuto gravemente danneggiato; le due carote, ricche di vitamina K ad azione antiemorragica e di zuccheri per agevolare il lavoro epatico, saranno proposte fritte (*essendo la vitamina K liposolubile*) e saranno tagliate a fettine sottili, in modo da abbattere in gran parte lo stimolo lassativo della loro cellulosa; la mela cotta, privata della sua acidità, fornirà zuccheri altamente biodisponibili e svolgerà una funzione sedativa del sistema nervoso.

Infine, nei casi più severi, una associazione efficace sarà costituita da due toasts con prosciutto crudo e formaggio, 200 g di yogurt intero e 10 sorbe. Circa il ruolo delle proteine del prosciutto e dei principi nutrizionali del formaggio, nonché dell'azione delle sorbe, si è detto precedentemente; la minima quantità di pane sarà proposta dopo averla tostata, in modo da rendere gli zuccheri facilmente assimilabili e, soprattutto, per abbattere quella quota di lievito in eccesso (*presente nella mollica*), che attiverrebbe rapidamente i processi di fermentazione intestinale, con aumento dell'irritabilità e delle scariche; lo yogurt costituisce un alimento privo di scorie, facilmente digeribile e dotato di lattobacilli vivi, che regolarizzeranno la flora batterica intestinale, notevolmente compromessa dallo stato patologico; inoltre, apporteranno proteine e calcio, contribuendo alla stessa funzione terapeutica svolta dal formaggio.

Bibliografia

- Castro Massimo**, *Gastroenterologia pediatrica* - 1998 - McGraw-Hill
Libri Italia
- Balzano Antonio - Mosca Sandro**, *Emergenze in gastroenterologia* -
1998 - Il Pensiero Scientifico
- Di Mario Francesco - Plebani Mario**, *Advances in gastroenterology* -
1992 - Piccin-Nuova Libreria
- James Scala**, *The New Eating Right for a Bad Gut: The Complete
Nutritional Guide to Ileitis, Colitis, Crohn's Disease, and
Inflammatory Bowel Disease*, Paperback, Dutton Plume, 2000
- Stephen B. Hanauer, Joseph B. Kirsner**, *Inflammatory Bowel Disease:
A Guide for Patients and Their Families* Hardcover / Lippincott-Raven
Publishers / January 1985
- Joan Lay, J. O. Lay**, *Diets to Help Colitis and Irritable Bowel Syndrome:
Natural Relief with a Carefully Balanced Regime*, Paperback,
Thorson's / July 1998
- Jon Zonderman, Ronald S.**, *Understanding Crohn Disease and
Ulcerative Colitis*, Paperback / University Press of Mississippi,
February 2000

Fred Saibil, Fredric G. Saibil, *Crohn's Disease and Ulcerative Colitis*,
Paperback / Firefly Books LTD., March 1997

Henry D. Janowitz, *Inflammatory Bowel Disease: A Clinical Approach*,
Oxford University Press, Incorporated / July 1994

Spiro Howard M., *Gastroenterologia clinica* - 1995 McGraw-Hill

Martin Alessandro, *L'infiammazione in gastroenterologia. Aspetti
fisiopatologici e clinici* - 1991, Piccin-Nuova Libreria