

Dott. Carlo Lazzarini

Ecologia Clinica - Intolleranze Alimentari

Il problema delle Intolleranze alimentari è stato da sempre misconosciuto, per non dire ignorato, dalla Allergologia fin da quando prima H. Rinkel (1924) e poi T. Randolph enunciarono le loro teorie in merito alle reazioni “anomale” che l’introduzione di determinati alimenti poteva indurre nell’individuo. Tali reazioni, svariate e multiformi, non sono state mai tenute in debito conto dall’Allergologia solo perchè tali problematiche non si manifestavano con la classica orticaria, rinite, asma o edema, classicamente ritenute le sole patologie a possibile carattere allergico e quindi suscettibili di screening allergologico ma lo scetticismo più grande era dovuto unicamente al fatto che le reazioni anomale non si manifestavano sempre ed unicamente con meccanismo anticorpale IgE tipico delle reazioni allergiche. Quest’evenienza tenne le intolleranze lontane dagli studi allergologici e quasi mai considerate per la loro giusta importanza.

Quindi i primi ad osservare reazioni organiche anomale quando l’organismo veniva in qualche modo a contatto con sostanze ad esso estranee, che fossero polveri inalate, alimenti o altro, furono un gruppo di medici Statunitensi ed Anglosassoni che diedero l’avvio alla nuova scienza definita poi ECOLOGIA CLINICA, tra gli anni 20-40.

Allora l’Allergologia stava appena muovendo i primi passi e molti meccanismi oggi noti si intuivano appena. Tra i continuatori dell’ECOLOGIA CLINICA spicca attualmente la figura di G.T. Lewith, il quale insieme a Kenyon approfondì le ricerche nel campo delle Intolleranze Alimentari fino ad adottare sistemi di diagnosi non convenzionali e rivolgendo l’attenzione verso il problema delle Intolleranze Alimentari con criteri di analisi per la prima volta del tutto OLISTICI.

L’Ecologia Clinica a differenza della Allergologia non si occupa soltanto delle problematiche legate ai pollini od alle polveri, muffe ed acari ma si occupa, più ampiamente, anche dei disturbi causati da agenti chimici, pesticidi, metalli pesanti tossici, scorie tossiche industriali, inquinamento atmosferico fino ad arrivare alle Geopatie ed ai disturbi legati all’esposizione a campi elettromagnetici.

Ecco come in questi ultimi anni si è passati dallo studio dei fenomeni patologici legati all’inquinamento ambientale chimico allo studio dei fenomeni dovuti all’inquinamento elettromagnetico (C.E.M.). Tutto ciò, dall’esterno, entra nel nostro organismo e tutte le problematiche legate a questa interazione sono argomenti di pertinenza dell’Ecologia Clinica (E.C.).

Appare evidente come la moderna allergologia sia rimasta ferma ancora ai nastri di partenza in rapporto alla più moderna ed attuale E.C., e come addirittura essa stessa sia parte della ben più ampia E.C.

Ora occorre, prima di tutto, considerare che le interazioni tra ambiente esterno ed interno NON possono avvenire unicamente a carico del sistema immunitario e come non sempre le sostanze estranee all’organismo diano solo manifestazioni allergopatiche. Vero è che nel nostro organismo possono avvenire accadimenti biologici che pur in stretto rapporto con sostanze introdotte, possono causare problematiche non sempre documentabili con movimento anticorpale di tipo IgE e quindi inquadrabili come allergopatie. Ecco come l’E.C. ha sempre differenziato i fenomeni ALLERGICI da quelli PSEUDOALLERGICI, meglio identificati con il termine di INTOLLERANZA.

Il fatto che queste ultime evenienze si manifestavano senza interessamento del sistema immunitario, pur avendo stretto legame con le sostanze introdotte (alimenti o altro), e quindi non risultavano mai positive ai comuni test allergometrici, le ha rese incomprensibili agli studiosi dell’allergologia, i quali hanno sempre manifestato un certo rifiuto, dogmatico piuttosto che scientifico, a queste teorie innovative.

Certo, rimane sicuramente difficile per un allergologo capire come un determinato cibo possa determinare un fenomeno anomalo ed irrazionale senza movimento di IgE, ma fatto sta che questo comunque accade ed è oggettivamente inconfutabile, quindi, evidentemente altri meccanismi sono sfuggiti all’esame degli allergologi, meccanismi del tutto “diversi” da quelli classici ma non per questo “alternativi”.

Il fatto che ha portato diversi ricercatori a ricorrere a quelle che erano allora considerate pratiche alternative o mezzi di indagine non del tutto ortodossi è dato unicamente dal fatto che solo queste ultime potevano, in qualche modo, dimostrare “nessi logici causali” alternativi non dimostrabili.

E sicuramente il ricorso a pratiche non “ufficiali” ha causato ancor di più una reazione di rigetto da parte dell’Allergologia, la quale solamente in questi ultimi anni ha accettato una sorta di compromesso scientifico riconoscendo alle INTOLLERANZE una dignità scientifica, seppur ridotta rispetto alle ALLERGIE.

Ecco, per esempio, che alcune pratiche BIOELETTRONICHE sono entrate nei reparti di Allergologia Ospedalieri come pratica quotidiana e con questo voglio riferirmi ad alcune strutture nosocomiali come l’Ospe-

dale Regionale di Bari, reparto di Allergologia, oppure a quello dell'Umberto I di Roma, in cui il Test Bioelettronico di Risonanza è presente anche nel reparto di Dermatologia.

Anche l'Ospedale Regionale dell'Aquila sta da qualche tempo adottando l'esame BER per le allergie ed intolleranze alimentari addirittura a livello mutualistico. Lo stesso esame è praticabile anche presso la struttura sanitaria dell'Ospedale Civile di Genova.

CHE COSA E' L'ECOLOGIA CLINICA

È una branca medica ed al tempo stesso un settore di ricerca dal quale sono giunte notevoli innovazioni e scoperte in merito alle reazioni provocate non solo dagli inquinanti chimici o elettromagnetici ma soprattutto derivanti dal cibo e dai suoi componenti.

È un settore che ha tentato, con successo, di mettere in relazione patologie diverse che si svolgono in organi lontani tra loro e non sempre fisiologicamente collegati ma che comunque possono essere sostenute da una unica causa comune, la quale modifica nel tempo la diversa risposta avversa colpendo organi diversi, via via che passano gli anni.

Quindi, per esempio, lo stesso latte può essere causa della dermatite atopica nel lattante il quale manifesterà successivamente la sua intolleranza con crisi asmatiche e successivamente con emicranie ricorrenti, per poi presentarsi con artromialgie ed arrivare a forme reumatoidi una volta che quel bambino sia divenuto vecchio.

Così come da una micosi da pannolino si continua con afte endorali poi con diarree ricorrenti e dolori intestinali, confusi con colonpatia da stress, poi micosi vaginali nelle donne o inguinali nel maschio, crisi ipoglicemiche e ridotta tolleranza allo zucchero, astenie croniche, dermatiti micotiche, sovrappeso, otiti, oculo-riniti, stomatiti, fluttuazioni ponderali incontrollate, ritenzioni idriche e potrei continuare per ore ed ore ad elencare quanti problemi può causare nel tempo la stessa patologia, ovvero una micosi delle mucose dell'intestino con associata magari un'intolleranza ai lieviti ed agli zuccheri.

Quale Stomatologo, Gastroenterologo, Ginecologo, Oculista, Otorino, Dermatologo, Allergologo, Dietologo, Diabetologo potrebbe diagnosticare un'unica patologia per tutto questo?

Eppure non è evenienza impossibile nè tantomeno pura immaginazione o fantamedicina se solo si applicasse una logica ragionata semplicemente di tipo deduttivo. Quanti Ginecologi si ricordano che la mucosa della vagina è vicino all'orifizio anale ed una candida in una bambina di sei anni non viene dai rapporti e tantomeno dalla piscina ma dal proprio ano esattamente come può accadere all'adulta. Quanti oculisti si ricordano che le mucose dell'occhio sono continuative con quelle della bocca e che queste ultime sono il primo tratto del-

l'apparato digerente, il quale con esse comunica con il naso e l'orecchio. E come fare per ricordare al dentista che la bocca fa parte dell'apparato digerente e non serve solo per mostrare denti perfettamente otturati con amalgame al mercurio; (tossico? No! Per carità, dicono i bollettini ufficiali del ministero salvo dimenticarsi poi che gli stessi dentisti sono obbligati a tenere un apposito registro per lo smaltimento delle stesse amalgame catalogate dallo stesso ministero con rifiuti tossici speciali). Ma, lasciando da parte le inutili polemiche sulla logica pura, forse è giunta l'ora che il medico che voglia compiere una reale PREVENZIONE inizi ad acquisire una capacità speculativa finalmente OLISTICA ed inizi a considerare l'ORGANISMO per quello che effettivamente è: ovvero un insieme di organi ed apparati sincronizzati tra loro ed uniti da un unico sistema intercomunicante che è la MATRICE EXTRACELLULARE. Tramite questo sistema "cibernetico" di informazione sottoforma di "INPUT" e "OUTPUT" al fine di mantenere una corretta OMEOSTASI FUNZIONALE.

Benchè Ippocrate avesse già dato indicazioni sulla cura delle malattie mediante una corretta alimentazione, a tutt'oggi la dieta viene scarsamente considerata come fondamento e base di partenza per una qualsiasi terapia.

L'E.C. e la Medicina Funzionale (M.F.) considerano invece l'approccio alimentare di fondamentale importanza e non solo per rispettare l'antico aforisma che afferma: "siamo quello che mangiamo" ma soprattutto perchè considera il cibo il fondamento della vita ed è da lui che ricaviamo tutto l'ATP per vivere ma soprattutto per vivere sani.

Inoltre il rapporto che si crea tra cibo e persona non è suscettibile nella maniera più assoluta a generalizzazioni di sorta perchè ogni individuo è un'entità biologica solamente simile ad un'altra ma non uguale in tutto e per tutto. Ecco come ogni generalizzazione del tipo tale alimento fa bene per questo mentre tal altro fa male per quest'altro non è mai del tutto vera se non si considera la "unicità" biologica della persona alla quale ci si rivolge.

Quindi fu l'E.C. la prima scienza ad osservare la differente risposta delle persone a determinati cibi, i quali potevano, di volta in volta, generare sintomatologie tra le più disparate e non solo orticaria, asma, rinite, edema della glottide o congiuntivite.

Albert Rowe, per primo, a Chicago, nel 1920-30 notò come svariati pazienti miglioravano le loro diverse sintomatologie tipo coliti, dolori osteo-articolari, astenie, bronchiti asmatiche, riniti, ipertensioni, dismenorree, sintomi psichiatrici, cefalee, dermatiti ed altro alla sola sospensione di determinati alimenti. Ed addirittura in taluni casi si aveva la completa remissione della sintomatologia precedentemente lamentata e resistente alle comuni terapie del tempo.

Nel 1940 T. Randolph definì questi fatti come “Allergia Alimentare” e questo termine non potè non dimostrarsi errato proprio quando l’Allergologia stava iniziando a definire ed a comprendere i meccanismi alla base delle “Allergie” ed a considerare come tali solo quelle manifestazioni legate ad un interessamento degli anticorpi IgE ed Istamina.

Certamente Randolph aveva sbagliato nella definizione ma non nella sostanza clinica.

Quindi era chiaro ed evidente come tutti i fenomeni da cibo, descritti e curati da Randolph, non potevano rientrare nel campo dell’Allergologia e questo causò l’allontanamento e l’emarginazione scientifica del medico statunitense e dei suoi allievi.

LE TAPPE STORICHE DELL’ECOLOGIA CLINICA E DELLE INTOLLERANZE ALIMENTARI (1ª)

Nel 1905 F.W. Hare pubblicò “The Food Factor in Disease”.

Nel 1908, quando l’allergologia non esisteva ancora, il medico inglese Shofield immunizzò per primo un adolescente che soffriva di gonfiori ed asma a causa delle uova.

Nel 1922 W.R. Shannon pubblicò, in diverse riviste di pediatria, casi di epilessia e manifestazioni psichiatriche legate indiscutibilmente all’uso di taluni alimenti e curate con la esclusione di essi, dal momento che in mancanza di altri elementi al medico non rimaneva altro che osservare e ragionare sulle causalità che scatenavano le crisi.

Nel 1924 Seale Harris, negli Stati Uniti, descrisse sul Journal of American Medical Association una forma di ipoglicemia funzionale curata con la sospensione paradossale dello zucchero bianco; scomparvero anche alcune perturbazioni comportamentali che avevano portato il paziente verso terapie psichiatriche.

Nel 1925 W.W. Duke riportò notevoli casistiche di asma e rinite croniche curate con la sospensione di alimenti ritenuti sicuramente scatenanti.

Sempre nel 1925 G. Piness e H. Miller resero noti i loro studi sulle patologie pediatriche legate agli alimenti.

Nel 1930 Albert Rowe pubblicò il primo grande lavoro sulle intolleranze alimentari: “Food Allergy. Its manifestations, Diagnosis and Treatment”, nel quale dimostrava ampiamente i legami tra asma di tipo allergico, coliti, dermatiti, riniti, eczemi, cefalee e sindromi da affaticamento cronico e cibo, con casistiche inequivocabili ma prive di dimostrazione causale.

Più tardi, un altro medico, Herbert Rinkel (Oklahoma City), leggendo le pubblicazioni di Rowe, riconobbe in esse molte analogie con i suoi mali oscuri e adottando le indicazioni descritte dal collega guarì definitivamente, diventando poi uno degli studiosi più attivi nel campo dell’Ecologia Clinica, insieme a T. Randolph.

Nel 1945 fu fondata la Società for Clinical Ecology che si preoccupava di insegnare le tecniche degli ecologisti clinici, di divulgare casistiche e di diffonderle a tutto il

mondo.

Nei paesi anglosassoni queste metodiche si diffusero rapidamente e in special modo negli U.S.A, Canada, Nuova Zelanda, Australia e Gran Bretagna anche grazie all’intensa attività di Richard Mackarness (recentemente scomparso) che ci ha lasciato in eredità una sua pubblicazione: non tutto è immaginazione, Vittime della Chimica, la quale ha contribuito al riconoscimento scientifico di quanto dicevano gli ecologisti dell’inizio secolo.

A distanza di anni, chiariti i meccanismi che differenziano le allergie dalle intolleranze (il glutine è stato l’esempio più eclatante) ed a sua volta le intolleranze dalle idiosincrasie, si è arrivati finalmente ad un compromesso che ha messo fine ad infiniti conflitti ideologici più che scientifici.

Un rapporto compilato dal Royal College of Physicians e dalla British Nutritional Foundation ha suggerito questi criteri per differenziare le Allergie dalle Intolleranze chiarendo tutti i possibili effetti che il cibo può causare nell’organismo e con meccanismi differenti:

ALLERGIE PROPRIAMENTE DETTE

- L’allergia è una reazione acuta IgE mediata e Istamino-sensibile, così come la descrissero per primi Prausnitz e Kustner, ed è causata da un’impropria reazione iperergica del sistema immunitario nei confronti di qualsiasi sostanza che dall’esterno entra nel nostro organismo, così da essere scambiata “NON-SELF” (allergene) e provocare l’up-take di mediatori chimici da parte di determinate cellule (basofili e mastociti) che porteranno in seguito al manifestarsi dei sintomi classicamente riconosciuti come allergologici.
- Le statistiche dichiarano che solo il 20% degli individui nei quali è sicuramente dimostrabile uno stretto rapporto cibo-patologia come causa-effetto, risultano positivi ai test allergometrici, mentre la stragrande maggioranza, l’8% risulta negativa, quindi si tratta di reazione impropria ma non IgE mediata.

PSEUDOALLERGIE

- Sono manifestazioni non sostenute da meccanismi immunitari classicamente riconosciuti ma reazioni improprie determinate dagli alimenti. Esse sono causate da deficit enzimatici tali da non rendere il cibo disponibile per una corretta utilizzazione e determinando una sorta di citotossicità.

IPERSENSIBILITA’

- Sono reazioni anomale per effetto di alcune sostanze contenute negli alimenti, per esempio, la solanina contenuta nei pomodori o la liberazione di ab-

normi quantità di amine vasoattive liberate per induzione da determinati cibi.

REAZIONI TOSSICHE

- Effetti dovuti a tossine o veleni contenuti in cibi riconosciuti come non commestibili (ad esempio funghi o tossine sviluppate da batteri quali il botulino).

REAZIONI DIGESTIVE

- Sono dovute all'incapacità dello stomaco ad adeguare il pH affinché la FIBRA alimentare sia correttamente digerita e disgregata. Non hanno niente a che vedere con le altre evenienze.

INTOLLERANZE ALIMENTARI

Manifestazioni patologiche legate all'ingestione di determinati cibi che si svolgono con meccanismi diversi da quelli esposti sopra e che sono suscettibili alla scomparsa dopo l'eliminazione del cibo, anche se questo non sempre accade, dal momento che l'intolleranza non sempre costituisce la patologia ma spesso è solamente la conseguenza di un'altra patologia.

L'intolleranza ad alimenti può determinare un insieme di fenomeni, variabili da soggetto a soggetto, mutabili nel tempo nello stesso soggetto, senza produzione di anticorpi o liberazione di istamina, con negatività ai comuni tests biochimici e che sono sostenuti da diversi fenomeni non di natura immunologica. Le cause dell'intolleranza possono essere differenti da caso a caso.

A mio avviso le Pseudoallergie non devono essere considerate come le Intolleranze ed in questo concordo con la distinzione di Marcello Mandatori, membro dell'Associazione Action Against Allergy, della British Medical Acupuncture Society e docente di Ecologia Clinica presso la Facoltà di Medicina Olistica dell'Università di Urbino. Diversi autori invece concordano nel definire le Intolleranze e le Pseudoallergie come dovute a differenti meccanismi ma le considerano nosologicamente nello stesso gruppo.

Secondo la teoria Bioelettronica esiste un possibile errore nell'interpretazione delle molecole alimentari, da parte delle cellule, oppure possono coesistere dei meccanismi tali da "disinformare" i sistemi metabolici, deputati al corretto utilizzo delle molecole alimentari o farmacologiche, così da operare dei veri e propri "blocchi" operativi tali da non permettere un corretto utilizzo a scopo energetico degli alimenti introdotti.

Questo potrebbe spiegare come determinati cibi siano in grado di liberare amine vasoattive in maniera scorrelata ed incontrollata, come se ad un determinato "input" corrispondesse una risposta chimicamente ed energeticamente non adeguata ed anomala.

Le sostanze alimentari non correttamente utilizzate potrebbero accumularsi all'interno della cellula e fornire continuamente un "segnale di disturbo" rivolto sia

verso il versante intra che verso quello extracellulare dove la MATRICE svolge la sua opera informatica.

Molte amine vasoattive sono molecole morfino-simili e alcuni cibi, oltre a favorire la loro abnorme liberazione endogena, sono apportatori di amine esogene.

Basti pensare alla lattuga la quale contiene acido lattucico, lattucario, asparagina, iosciamina e lattucina, tutte molecole aventi effetti simil-opiacei.

Inoltre, si potranno osservare, per esempio, reazioni abnormi a conservanti o coloranti, enormemente contenuti negli alimenti, i quali non perfettamente utilizzati dal ciclo di Krebs vanno a costituire sovraccarichi enzimatici, e quindi dei veri e propri "blocchi energetici" con i relativi fenomeni di accumulo e sintomi collegati.

Per quanto riguarda invece i deficit enzimatici veri e propri, la moderna allergologia ne ha riconosciuti alcuni sicuramente responsabili di Pseudolallergie:

- deficit di glucosio-6-fosfatasi,
- deficit del citocromo P450,
- deficit del fenosolfo-trasferasi,
- deficit della lattasi.

Sono questi i deficit legati all'effetto citotossico che gli alimenti provocano nel nostro organismo.

Ecco come mai non sempre l'intolleranza diagnosticata con mezzi bioelettronici o Kinesiologici corrisponde ai test citotossici. Anche in questi casi l'intolleranza viene confusa con la Pseudoallergia. Spesso i fenomeni convivono ma molte volte essi sono sostenuti da meccanismi differenti tra loro. Ecco come un soggetto può risultare allergico alle parietarie (test allergometrici positivi), pseudolallergico al latte e all'albumina, (test citotossico pos.) ed intollerante al lievito ed alle solanacee (test B.E.R o kinesiologici pos.).

Dal momento in cui si stanno delineando le diverse modalità di reazione agli alimenti, sarebbe a questo punto del tutto errato pensare ad una metodica diagnostica come alternativa all'altra, dal momento che ogni tipo di indagine è indicata in base alla tipologia delle diverse reazioni. Esse sono maggiormente indicate, rispetto ad altre, erroneamente ritenute "alternative", in rapporto al sospetto diagnostico di allergia, pseudoallergia o intolleranza.

Tra le cause di intolleranza alimentare, grossa importanza riveste la FLORA INTESTINALE, la quale tratta per prima le sostanze penetrate a livello intestinale e mediante fermentazione ne determina una corretta penetrazione, macro e micro-molecolare, a livello della mucosa.

Quindi ruolo predominante è dato anche dalle condizioni della mucosa e dei microvilli nel permettere una corretta assimilazione alimentare affinché le molecole giungano chimicamente "non distorte" in ambiente cellulare così da essere correttamente "decodificate" (teoria bioelettronica-biocibernetica) dal Dna e dalla carenza enzimatica del ciclo di Krebs.

Una fondamentale differenza tra allergia e intolleranza è data dal fatto che mentre la prima NON È DOSE DIPENDENTE, nel senso che anche piccolissime quan-

tità di allergene sono capaci di causare grosse sintomatologie, attraverso meccanismi cosiddetti a cascata o automantenentesi, le seconda invece è sicuramente DOSE DIPENDENTE e cioè affinché un sintomo si manifesti occorre che la sostanza incriminata si accumuli in ambiente intra o extra cellulare.

Ecco come chi soffre di intolleranza ad un certo cibo, non manifesta sempre e comunque ad ogni introduzione del cibo stesso i sintomi e questa evenienza fa sì che quasi mai le intolleranze vengano subito riconosciute dal soggetto, a differenza invece delle allergie in cui la reazione è quasi sempre immediata.

Secondo quanto osservato da G.T. Lewith di Southampton, da Mandatori e Rizzo di Roma, dopo aver eliminato il cibo in oggetto, i sintomi sono soliti sparire o attenuarsi nettamente in un periodo che va dalle due alle otto settimane, se essi sono a carico dell'apparato digerente, mentre le problematiche dermatologiche o osteoarticolari tendono ad una remissione più lenta.

Il paziente potrà notare una reazione iper-acuta se introduce il cibo dopo averlo sospeso per due-quattro settimane. Dopo circa sei mesi, la nuova introduzione del cibo non dovrebbe più dare segni clinici rilevanti. Secondo altre esperienze questo non accade sempre in tutti gli intolleranti ma solamente in quei casi in cui la intolleranza era dovuta ad un abuso di quel determinato alimento.

Nei casi in cui la causa dell'intolleranza sia sostenuta, per esempio, da una disbiosi delle mucose dell'intestino o da una micosi intestinale cronica, non si avrà mai la remissione della patologia se non si ripristinano le condizioni della flora e non si risolve la micosi cronica. A questo punto appare evidente come l'intolleranza alimentare non sia sempre "la malattia" principale ma sia solamente l'anello intermedio di una catena disfunzionale che parte più a monte.

A volte l'intolleranza è solamente la spia clinica di un'altra problematica che altrove la sostiene ed a tal proposito vorrei citare, come esempio, l'intolleranza al lievito sempre presente in chi ha una micosi del tratto digerente. A questo punto occorre fare una distinzione e riflettere per un istante, ovvero è la disbiosi micotica che rende il soggetto intollerante al lievito oppure è l'intolleranza al lievito che sostiene la micosi intestinale? E' il latte che provoca la colite oppure è il colitico-disbiotico, in quanto tale, che non tollera al latte?

Mentre per le allergie questo dilemma non esiste ovvero è sempre la sostanza a provocare la patologia, nell'approccio diagnostico delle intolleranze occorre sempre fare i conti con questo dilemma per andare a colpire il "primo anello della catena" e spezzare il circolo vizioso.

Un dato anamnestico fondamentale potrà guidarci meglio, ovvero l'età di insorgenza dell'intolleranza (neonatale o dulta) ed eventualmente i fattori concomitanti e precipitanti come il carico da metallo pesante ingerito e portato a livello intestinale, l'uso ricorrente degli antibiotici, dei cortisonici, degli inibitori dell'ovulazione e indagando su tutte le cause determinanti una

iniziale disbiosi e successiva intolleranza.

Dato fondamentale comunque è quello che non è corretto approcciare diagnosticamente un'intolleranza alimentare partendo dai soli esami determinativi che testimoniano un'eventuale intolleranza e procedere unicamente all'eliminazione degli alimenti e successivamente ad una reintroduzione programmata. Occorre sempre compiere un'approfondita anamnesi che parta dallo svezzamento (allattamento con latte materno o meno) e che tenga conto di una serie di fattori anamnestici determinanti come le tonsilliti ricorrenti ed eventuale tonsillectomia, appendicitis ed appendicectomia, eczemi neonatali, utilizzo di farmaci antibiotici fin dall'età pediatrica ed in ultimo, ma non per questo meno importante, le otturazioni eseguite nei denti nelle diverse età.

Come sostiene lo stesso Lewith, si possono curare quasi tutte le patologie dell'età pediatrica ed infantile con l'approccio olistico dell'Ecologia Clinica e della Medicina Funzionale, di cui essa è parte integrante. Patologie come l'otite ricorrente o le ricorrenti infezioni dell'apparato respiratorio, le forme asmatiche e rinitiche, le coliche addominali, le turbe della canalizzazione intestinale, le congiuntiviti, la nicturia, gli stati di torpore, l'ipercinesia di taluni bambini, le insonnie ecc. sono suscettibili di un approccio ecologico e funzionale. Nella storia della E.C. tantissimi sono stati gli esempi di terapie attuate a partire dalla esclusione di taluni alimenti e a tal proposito basti ricordare il sistema messo a punto dal Fiengolig, il quale eliminando dalla dieta tutti i coloranti, conservanti ecc. riuscì ad attenuare una grande quantità di sintomi comportamentali in bambini ed in adolescenti.

Una considerazione a questo punto sorge spontanea e che vorrebbe essere uno spunto di riflessione per i pediatri che, giustamente, rimuovono l'appendice o la tonsilla sempre infetta.

Certo è che esse possono costituire un "focolaio" di disturbo rilevante, ma mentre è facile pensare ad una tonsilla sempre purulenta per l'ingresso dello Streptococco dall'aria respirata, come è possibile che una appendice produca pus e si infetti senza che ci sia una disbiosi a sostenere il tutto? È certamente giusto ricorrere alla rimozione appendicolare ma è altrettanto giusto curare anche le cause che a monte hanno determinato il "sacrificio" appendicolare. Ebbene la flora (anche se sarebbe più corretto parlare di fauna, riservando il termine di flora solamente alla componente vegetale, funghi, lieviti e miceti vari, ma la medicina è fatta anche di queste incongruenze!), non colonizza l'intestino solo per il piacere di farlo ma ha una sua importanza ben precisa e determinata. Un suo sconvolgimento qualitativo potrebbe pregiudicare subdolamente diverse funzioni biologiche che nel tempo potrebbero causare un'enorme quantità di patologie, diverse tra loro ma legate da un unico filo conduttore così da rendere difficile la loro giusta genesi dai diversi specialisti.

Le patologie croniche dell'adulto sono quasi sempre

precedute da disfunzioni croniche legate all'adolescenza ed all'infanzia. Quello che un cinquantenne vive oggi come patologia lo ha capitalizzato con tanti anni di disfunzione mai riconosciuta perchè non ancora patologica.

Tanti anni di malfunzionamento subdolo genera ad un certo punto una problematica ad andamento cronico e quindi non più governabile dalla medicina, se non a livello sintomatologico ma mai etiologico. L'Ecologia Clinica e la Medicina Funzionale tentano di limitare questi accadimenti studiando attentamente non solo le intolleranze alimentari, ma soprattutto le cause che le hanno determinate, cercando di analizzare anche il loro rapporto con gli organi bersaglio. Dopo aver definito la differenza tra Intolleranza ed Allergia occorre definire quali patologie sono suscettibili di cura mediante lo studio della compatibilità alimentare.

PATOLOGIE LEGATE ALL'INTOLLERANZA ALIMENTARE

Cefalee, crisi neurovegetative, disturbi psichici, enuresi, dislipidemie, ipertensione arteriosa, sindromi del colon irritabile, gastropatie, duodeniti (*Helicobacter Pylori*), disturbi della canalizzazione dell'alvo, meteorismi ricorrenti, lipodistrofie (cellulite) ed inestetismi vari, fluttuazioni ponderali non rapportate con l'aumento dell'apporto calorico, ritenzione idrica anormale, disturbi del microcircolo, patologie autoimmuni, patologie del connettivo, morbo di Crohn, amenorree, dismenorree, sterilità maschile e femminile, alopecie, acne, dermatiti varie, infezioni recidivanti, allergie vere e proprie (chi è allergico alle graminacee può essere anche intollerante ai cereali, dal momento in cui anch'essi appartengono a quella famiglia), alitosi ricorrente, eczemi atopici, pruriti ricorrenti e inspiegabili, difficoltà digestive, cali di rendimento negli atleti, difficoltà di concentrazione, astenie ricorrenti, alcune forme di anemia ed alcuni stati carenziali, poliposi nasali ed intestinali, micosi ricorrenti, cistiti o vaginiti ricorrenti, dolori muscolari ricorrenti ed osteoartropatie e tanti altri ancora.

Da ciò risulta evidente come la maggior parte delle specializzazioni attuali dovrebbe tenere in giusto conto le INTOLLERANZE ALIMENTARI come probabile agente etiologico o, quanto meno, come anello intermedio nello studio delle patologie che quotidianamente incontrano nella loro attività. Nessun specialista dovrebbe essere esente da queste conoscenze.

FREQUENZA DEI CIBI IN RAPPORTO ALLE INTOLLERANZE

Le statistiche sono variabili da paese a paese ma al primo posto troviamo sempre il latte (lattosio, alfa, beta lattalbumina e lattoglobulina) e le uova, negli USA seguono la soia e le arachidi, mentre in Italia le solanacee (pomodoro, patata, peperone e peperoncino, melanzana), il lievito, i cereali sono ampiamente rappre-

sentati, per arrivare poi al monosodio glutammato (dado), implicato nella ormai famosa Sindrome da ristorante cinese.

Anche il Tannino (vino rosso), ed il Solfito (crostacei e molluschi surgelati, arachidi, noci e tutta la frutta secca, funghi, zucchero bianco, vino bianco, aceto di vino, birra, ecc.) è spesso presente nelle intolleranze.

Le proteine della carne aviaria hanno la loro buona incidenza, seguita dalla carne di maiale, pollo, e tonno.

Cioccolato, caffè e sostanze nervine hanno una minore incidenza nelle intolleranze ma sicuramente sono ottimi liberatori di mediatori endogeni come certi formaggi, l'ananas, la banana, gli spinaci, le sardine ecc.

La frutta risulta la meno riscontrabile, mentre per le allergie è ampiamente presente nelle positività la fragola, la pesca, i mirtilli, la mela, il melone e l'anguria (cucurbitolo), in ultimo da non dimenticare gli agrumi ed il kiwi con le banane e la frutta tropicale.

FREQUENZA DELLE INTOLLERANZE E SINTOMI CORRELATI

(Dati riferiti da Manuale delle Allergie ed Intolleranze Alimentari, M. Mandatori. Tecniche Nuove Ed. Natura & Salute 1998). In questa casistica si è utilizzato il TEST CITOTOSSICO. Scorrendo i dati risulta subito evidente l'assenza dell'intolleranza ai lieviti, alla soia ed alla patata, peperoncino, peperone e melanzana associata quasi sempre alla intolleranza al pomodoro (solanacee).

CEFALEA	DISORDINI NEUROLOGICI
30% grano	40% grano
30% latte	40% ulivo
10% caffè	5% latte
10% pomodoro	5% caffè
20% altre	10% altre
PATOLOGIE INTESTINALI	MORBO DI CROHN RETTOCOLITE ULCEROSA
30% latte	40% pomodoro
10% uova	40% latte
30% pomodoro	5% grano
10% grano	10% maiale
20% altri	5% altri
AFFEZIONI CUTANEE	DISORDINI ENDOCRINI
20% uova	10% caffè
30% ulivo	30% latte
30% latte	30% uova
10% grano	10% grano
10% altri	20% altri
DISORDINI VASCOLARI	SINDROMI ALLERGICHE
30% caffè	40% grano
10% grano	40% pomodoro
30% ulivo	5% latte
10% latte	5% ulivo
20% altri	10% altri
SIND.DA STANCHEZZA CR.	DISBIOSI DA ALIMENTI
40% grano	25% latte
40% caffè	25% grano
5% latte	30% lieviti
5% ulivo	10% solfiti
10% altri	10% altri

TABELLA DEGLI ALIMENTI CONTENENTI AMINE VASOATTIVE

Istamina:

formaggi fermentati, vino e birra, cibi fermentati, crauti, salsicce, cibi in scatola, spinaci, pomodoro, sardine, alici.

Fenilatilamina e Teobromina:

cioccolato.

Tiramina:

yogurt, formaggi, vino rosso, banane, pomodoro, avocado, arance, lamponi, aringhe, insaccati.

Serotonina:

pomodoro, ananas, banana.

PRINCIPALI ADDITIVI CHIMICI CONTENUTI NEGLI ALIMENTI

Azocomposti:

Tartrazina E102

Rosso cocciniglia E124

Benzoati e derivati benzilici dall'E210 all'E219

Rosso amaranto E123

Eritrosina E127

Metabisolfito e Solfito

Benzoato di Sodio E211

Ac. Citrico

Nitrato di sodio

Ac. Acetil Salicilico (contenuto naturalmente in noci, nocciole, cavoli, mirtilli, pepe verde, latte, uova, cioccolato).

Cibi contenenti Nichel:

cibi in scatola o cotti in pentole metalliche di acciaio inox, aringhe, ostriche, asparagi, fagioli, funghi, cipolle, mais, spinaci, pomodori, piselli, farina integrale, pere, rabarbaro, tè, cacao, lievito.

(Per l'elenco di tutti i conservanti e coloranti si consiglia di consultare il testo edito da Musumeci editore Henry Charles Goffrey dal titolo Alimentazione per la salute.

Ed. Fisons Farmaceutici spa 1988 Bollettino Bibliografico Alimenti ed additivi).

ETIOLOGIA DELLE INTOLLERANZE ALIMENTARI

Innanzitutto occorre ricordare che i sintomi in stretta vicinanza con l'assunzione del cibo tutto potranno essere tranne che intolleranza, la quale per manifestarsi sintomatologicamente necessita sia di accumulo che di tutto il tempo necessario affinché le molecole raggiungano l'ambiente intra ed extra cellulare.

La sintomatologia può svilupparsi anche dopo 72 ore

dall'assunzione e questo differenzia le intolleranze dalle allergie e dai disturbi legati ad alterazioni digestive. Anche le pseudoallergie possono manifestarsi dopo lunghi tempi di latenza.

TEORIA BASATA SULLE CARENZE DI MINERALI E VITAMINE

Questa teoria si fonda sulla considerazione che l'alimentazione moderna è basata su cibi altamente raffinati o comunque carenti dei loro componenti nutrizionali, non così ricchi come invece sono descritti nelle tabelle alimentari.

Quindi una carenza di Rame, Manganese, Zinco e Selenio può indurre intolleranze alimentari.

Carichi tossici di metallo pesante possono generare carenze nutrizionali. L'identificazione dei cibi ed il riconoscimento delle cause che hanno determinato lo stato carenziale e quindi una dieta ed un'opportuna integrazione insieme alla rimozione delle cause iniziali potranno eliminare l'intolleranza ed i sintomi ad essa correlati.

TEORIA DELLA DISBIOSI O DELL'ASSORBIMENTO ALTERATO DELLE MACROMOLECOLE

Teoria molto apprezzata dai medici britannici e che ha trovato il maggior fautore in J. Brostoff del Saint Mary Hospital di Londra.

Senza scoprire niente di nuovo, si è soltanto puntata l'attenzione sul sistema microbiologico presente nella mucosa del nostro intestino e come essa cooperi con il sistema linfatico associato alla mucosa (placche di Payer) definito M.A.L.T. e come lo stesso Malt comunichi direttamente con lo stesso sistema associato alla mucosa bronchiale e definito B.A.L.T.

Certo è che ogni stimolo arrivi ad allarmare il MALT intestinale un'analoga comunicazione viene inviata anche al BALT e tale comunicazione viene decodificata e memorizzata.

Orbene, se per un attimo pensassimo al nostro intestino non solo come a quell'organo che serve solamente per eliminare le feci, ma come ad un organo composto da circa 300 metri quadrati di mucosa e dove risiede una delle funzioni principali degli esseri viventi e cioè l'ASSIMILAZIONE ALIMENTARE e riflettessimo sul fatto che in esso si svolge una vita parallela che, simbioticamente con la nostra, svolge silenziosamente sia l'attività fermentativa che quella di supporto al sistema immunitario intestinale, allora ecco che molte problematiche a carattere cronico allergico, nel senso stretto, sarebbero più facilmente comprensibili a tutti.

Molto importante a questo punto è ricordare che il 60% delle difese immunitarie risiede nella parete intestinale e tali difese sono supportate dalla micropopolazione batterica saprofitica.

APPARATO GASTRO ENTERICO E SUE FUNZIONI

AZIONE	SEDE	POPOLAZIONE	pH
secrezione acida digestione ass.passivo	Stomaco	lattobacillo	1,5-3
ass.alcalino digestione ass. passivo	Duodeno Digiuono	lattobacillo streptococco	6-7
ass. attivo monosaccaridi aminoacidi grassi acqua a.biliari Vit.K Vit.B12	Ileo	lactobacillo enterobacteri Streptoc.faecalis Bacterioides Clostridia Peptococcus Peptostreptococco Bifidobacter	7,5
	Colon		6,5-7,2
ass. attivo ass. acqua	Cieco	stessi di cui sopra	

Si ricordi inoltre che le mucose dell'apparato digerente iniziano dal cavo orale e terminano a livello anale, così occorre ricordare che spesso le patologie uro-genitali prendono l'avvio dalle mucose intestinali per stretta vicinanza, soprattutto nelle donne.

I batteri sono distribuiti nella mucosa in sedi variabili a seconda del potenziale Ox/Redox ed in base al pH.

La micropopolazione intestinale svolge le seguenti azioni:

- a livello intestinale essa condiziona la funzionalità, motilità ed i processi digestivi, soprattutto a livello del Colon ascendente in cui gli amidi vengono attaccati dalla flora fermentativa;
- a livello del Colon discendente risiede la flora putrefattiva, la quale opera la sua azione sulle proteine.

Essa opera anche un'azione sul metabolismo degli acidi biliari, degli ormoni estrogeni ed androgeni, dei farmaci e degli Xenobiotici (antibiotici esterni).

Anche la produzione dei gas intestinali è logicamente influenzata dalla fermentazione aerobica o anaerobica ad opera dei batteri intestinali con produzione di CO₂ oppure gas liquidi quali lo scatolo, indolo, fuselolo, metano, propano ed ammoniaca.

Tali gas verrebbero riassorbiti dalla mucosa e riportati, tramite il circolo portale, verso il fegato, il quale, oltre a subire un danno retrotossico, li riverserebbe di nuovo, tramite le vie biliari e la bile, nell'intestino alto, predisponendolo ad una nuova disbiosi del duodeno e riproponendo il circolo vizioso.

Quindi sia il volume che la qualità dei gas intestinali sono condizionati dalla flora eubiotica o disbiotica.

La sintesi delle vitamine come la K ed il complesso B, soprattutto la B12 e l'acido folico sono condizionati dalla flora, così come risulta evidente per talune forme di anemia a carattere pernicioso, megaloblastico o sideropenico. La flora, se alterata, potrebbe dar luogo a tossine carcinogenetiche e/o mutagene sulle cellule del

lume intestinale e predisporre la mucosa a poliposi o ad ipertrofia e atrofie delle mucose.

Anche talune metaplasie delle mucose sono riferibili a flora disbiotica.

Essa ha il pieno controllo sulle caratteristiche della evacuazione, determinando stitichezze abituali o diarre ricorrenti. Ed in questi casi, (quasi il 90% delle patologie disfunzionali intestinali), la componente cinetica ha ben poca colpa e quando non si trovano megacolon da incriminare, allora non rimane che invocare lo stress o la familiarità, come cause, senza mai degnare la flora della benchè minima considerazione.

La flora costruisce ogni giorno grammi di batteriocine, ovvero antibiotici naturali contro le popolazioni opportuniste, qualitativamente meno buone ma non patogene, fino a quando non raggiungono un certo numero sostenuto di ceppi, e con questa azione contribuisce enormemente al mantenimento ecologico ed immunologicamente corretto dell'ambiente intestinale, così che il grande sistema MALT e l'appendice non deve scomodarsi quotidianamente per fabbricare anticorpi o mobilitare macrofagi e leucociti al fine di mantenere i gruppi etnici nelle giuste proporzioni funzionali. In ultimo, ma non per questo priva di grande importanza, è l'opera di mantenimento che la flora deve compiere per mantenere un adeguato pH dei liquidi ed i potenziali Ox/Redox.

Detto tutto ciò ogni medico dovrebbe ricordarsi cosa produce una terapia antibiotica, la quale seppur giustamente prescritta, tuttavia implica inequivocabilmente uno sterminio anche della flora intestinale ed uno sconvolgimento di una parte o di tutte le funzioni sopra indicate. Non occorre sottolineare la grande importanza di questi parametri sul mantenimento corretto della funzionalità della MATRICE EXTRA CELLULARE, di cui oggi tutti parlano ma pochi riescono a

comprenderne veramente la grande importanza in tutte le manifestazioni vitali.

Se l'allergia vera e propria si manifesta come una perturbazione reattiva del sistema immunitario a livello matriciale, come si può indagare tale patologia se non si tiene in giusta considerazione l'intestino e la vita che esso contiene? E questa considerazione vale anche per tutte quelle patologie croniche, soprattutto quelle a carattere autoimmune, che a tutt'oggi non hanno ancora trovato una spiegazione etiologica certa e ben documentata.

TEORIA DEGLI AGENTI STRESSANTI

Formulata da H. Seyle e T. Randolph è quella che ritiene il nostro sistema immunitario influenzato da vari stress e per stress non si intendono solo le emozioni negative o gli stati di sovraccarico ma per stress si deve considerare ogni fattore che dall'esterno entra nel nostro organismo e non viene correttamente elaborato dal sistema di decodificazione biologico. Stress può essere anche un alimento utilizzato scorrettamente nel senso quantitativo oppure un alimento "deformato" nei suoi componenti organolettici e quindi qualitativamente alterato nella sua struttura molecolare a tal punto da "confondere" il sistema immunitario il quale si allerta se non riconosce bene qualche cosa, ma non al punto da costruire dei veri e propri anticorpi IgE. Questa teoria non è sicuramente in conflitto ed in antitesi con la precedente anzi la completa e l'una rende meglio comprensibile l'altra ed entrambe possono coesistere e sostenersi a vicenda. Indiscutibilmente si può notare come la patologia allergica sia cresciuta parallelamente all'utilizzo indiscriminato degli antibiotici, i quali come sottolineato precedentemente, hanno un'azione antibatterica intestinale e quindi creano un continuo "stress immunitario" a questo livello.

Tutte queste teorie hanno trovato il loro chiarimento e la loro spiegazione razionalmente scientifica grazie alla moderna Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia (P.N.E.I.) la quale ha saputo comprendere come molte patologie, fino a ieri considerate fantasie di pazienti ipocondriaci, avevano invece un senso patologico ed una causalità ben definita.

Fu lo stesso Selye a dimostrare, nel 1936, come l'organismo utilizzasse spontaneamente gli ormoni della corteccia surrenalica per antagonizzare gli agenti Stressor e come sia il cortisone endogeno la nostra principale difesa contro tutti gli agenti stressanti, allergie comprese.

Altrimenti come si spiegherebbe il successo che il cortisone esogeno, somministrato cioè per via esterna, riesce a curare le più svariate patologie da quelle osteoarticolari infiammatorie alle osteoarticolari degenerative, dalla psoriasi alla dermatosi, dalle allergie alla sclerosi multipla, dalle connettiviti al reumatismo, dal morbo di Crhon allo shock anafilattico o perfino quello cardiovascolare.

Selye definì nel 1944 la Sindrome di adattamento dividendola in tre fasi o stadi.

Primo stadio: FASE DI ALLARME

Inizia dalle 6 alle 48 ore dopo l'incontro con l'agente stressante. In questa prima fase si può notare un abbassamento della temperatura corporea, la perdita del tono muscolare ed uno stato ipotensivo. La ghiandola surrenalica inizia una massiccia liberazione di cortisolo ed altri mediatori chimici come l'adrenalina, al solo scopo di lenire il sintomo e ristabilire un equilibrio.

FATTORI RESPONSABILI

INQUINAMENTO CHIMICO	(alimenti, conservanti, inquinanti, coloranti, metalli pesanti, farmaci, pesticidi, mangimi, diossina, smog ecc.)
INQUINAMENTO ACUSTICO	(micro-onde di disturbo)
INQUINAMENTO E.M.	»
STRESS AMBIENTALI E GEOPATIE	»
VACCINAZIONI INUTILI	(epatite B ecc.)
AMALGAME DENTALI TOSSICHE	(Mercurio, Cadmio, Piombo, Argento ecc.)
VIRUS	
AG. BATTERICI SUPER RESISTENTI	
STRESS ORMONALI	Pillola ed anticoncezionali I.U.D
STRESS PSICHICI E SOCIALI	
	INFLUENZA SUL SISTEMA IMMUNITARIO
	ETÀ SESSO FAMILIARITÀ
	INTOLLERANZE ALIMENTARI E CHIMICHE
	SINTOMI E PATOLOGIE RELATIVE

Secondo stadio: FASE DELL'ADATTAMENTO

Inizia nelle successive 48 ore e comporta una remissione per adattamento dei sintomi precedentemente lamentati. L'organismo si è adattato e tutto torna alla normalità. In questa fase è l'Ipofisi la ghiandola interessata e la surrene inizia a produrre ACTH.

Terzo stadio: FASE DELL'ESAURIMENTO

Le ghiandole surrenaliche hanno esaurito la loro azione e dopo un'apparente fase di benessere i sintomi ritornano a presentarsi in maniera cronica.

È nella seconda fase che avvengono le principali modificazioni funzionali di molti organi ed apparati ed è proprio la fase che più difficilmente si riesce ad identificare.

Capire questo processo fatto di stadi o tappe risulta fondamentale per comprendere i meccanismi legati alle intolleranze e non confonderle con le allergie o pseudoallergie citotossiche.

In questa fase l'organismo adattato andrà alla ricerca del cibo che ha provocato lo stress esattamente come il fumatore fa con il fumo, lamentando delle vere e proprie crisi di astinenza se l'alimento è stato allontanato. Ecco come sia fondamentale saper diagnosticare sia la intolleranza, distinguendola da altre manifestazioni da cibo, sia lo stadio in cui si trova il soggetto analizzato che le concause determinanti o concomitanti, al fine di non commettere errori terapeutici sia nella eliminazione degli alimenti che nella loro reintroduzione, vanificando così tutto l'iter di cura.

DIAGNOSI DELLE ALLERGIE

DOSAGGIO DELLE IMMUNOGLOBULINE IgE

Dosaggio radioimmunologico, Elisa, Mast, Fast ma il test più utilizzato è il RAST TEST (Radio adsorbant test) esso è basato sulla reazione che si stabilisce tra l'antigene assorbito su un supporto rigido ed il siero del paziente e poi si aggiunge l'antigene marcato con isotopo. Offre il vantaggio di analizzare più antigeni sullo stesso siero. È molto utile per la diagnosi delle allergie IgE dipendenti ma assolutamente inadatto per le pseudoallergie ed intolleranze alimentari.

TEST CUTANEI - PRICK TEST e SCRATCH TEST (scarificazione)

Metodiche basate sull'iniezione o scarificazione e si eseguono praticando contatti più o meno superficiali tra gli allergeni alimentari e la cute; osservando successivamente il tipo di reazione prodotto. Dopo l'iniezione sottocutanea o intradermica si osserverà un'area eritematosa in caso di positività. Tanto più è marcata ed estesa l'area tanto più sarà imponente l'allergia. È positivo solamente nelle allergie classicamente intese e cioè quelle IgE mediate e pertanto non idoneo per la diagnosi delle pseudoallergie ed intolleranze.

TEST DI PROVOCAZIONE CONGIUNTIVALE, NASALE E BRONCHIALE

Sono di rara esecuzione e si eseguono in idonei ambienti ospedalieri per i rischi possibili che si possono avere in caso di forte positività. Non hanno nessuna attendibilità per le intolleranze alimentari o per le pseudoallergie.

METODI NUTRIZIONALI AD ESCLUSIONE

Esistono diversi schemi di dieta a rotazione per individuare quale gruppo di alimenti può essere quello implicato. Esempio classico è la dieta di Sheldon-Mc Ewen-Brostoff.

Non hanno quasi mai dato esito attendibile causando all'esaminato un inutile stress alimentare ed un certo disagio.

DIAGNOSI DELLE PSEUDOALLERGIE E/O INTOLLERANZE

CYTOTEST

Esame effettuato sul campione di sangue prelevato dal paziente e, secondo le casistiche americane, ad esso viene accreditata un'attendibilità del' 80-85%.

Esso è basato sull'osservazione di due immunologi anglosassoni, Squier e Lee, che osservarono, fin dal 1947, nel sangue incubato in vitro, una diminuzione dei globuli bianchi, dopo che esso era stato messo a contatto con sostanze allergeniche. Successivamente Byron riuscì a dimostrare la reazione citotossica degli allergeni nel sangue di pazienti affetti da più svariate patologie. Recentemente si deve a Bryan la disponibilità di un kit affidabile e pratico per identificare la reazione citotossica degli allergeni alimentari.

Tralasciando la modalità di esecuzione, degna di attenzione è invece la modificazione delle strutture citoplasmatiche a livello dei leucociti neutrofili. I risultati vengono studiati in quattro stadi di gravità. Una volta raggiunta la diagnosi si procede all'eliminazione dei cibi risultati positivi per un periodo di almeno tre-quattro mesi.

È ovvio ricordare che occorrerà integrare l'alimentazione in base alle privazioni che il medico apporta. Offre notevoli vantaggi come, per esempio, quello di essere ripetibile senza rischi per il paziente, ha un'alta attendibilità per le pseudoallergie ma non mi sento di affermare la stessa cosa per le intolleranze vere e proprie (vedere la distinzione fatta precedentemente tra pseudoallergie ed intolleranze). Riesce a dare positività anche laddove i test IgE sensibili hanno dato esito negativo, offre una notevole sensibilità riuscendo ad individuare anche problematiche molto modeste.

Tra gli svantaggi a carico dell'operatore sono da ricordare la laboriosità della preparazione dei campioni, dà positività solo per gli alimenti utilizzati recentemente dal paziente e non evidenzia positività se il soggetto esaminato ha sospeso da qualche tempo l'alimento. Inoltre la lettura del reperto è sempre soggettiva e

dipende dall'esperienza dell'esaminatore. Il Cytotest non può indagare sulle intolleranze di tipo "disinformativo biocibernetico" e non offre nessun raffronto tra alimento ed organi bersaglio e quindi nessuno studio sulle catene causali. Non riesce quindi a svolgere una indagine sulle cause prime dell'intolleranza e poco dice in merito ai focolai di disturbo ed alla eventuale disbiosi.

Mentre riesce ad identificare efficacemente l'effetto citotossico non riesce invece altrettanto efficacemente a distinguere se un determinato cibo si possa comportare o meno da "stressor" sul sistema immunitario e sulla matrice extracellulare. Giova ricordare che l'effetto delle sostanze non avviene solamente in ambiente cellulare (Teoria Virchoviana) ma avviene anche e soprattutto nella matrice dove la cellula rappresenta solamente una parte di essa.

Il Test citotossico indaga gli effetti del cibo sulla cellula ma non tiene conto del rapporto che esiste tra la cellula e l'ambiente che la circonda. Secondo l'esperienza di chi scrive questo test dovrebbe essere integrato e completato con le metodiche Bioelettroniche e non considerato solo in alternativa ad esse.

TEST KINESIOLOGICO

Questo tipo di esame valuta la risposta della muscolatura quando il paziente viene posto a contatto con alimenti o qualunque altra sostanza. In caso di positività si nota una diminuzione del tono muscolare, paragonabile a quello che succede nella prima fase di Selye. Altamente soggettivo, sia nella esecuzione che nella interpretazione. Non praticabile in bambini piccoli, non collaboranti, in soggetti neurolabili o con particolari problematiche osteoarticolari o muscolari. Inoltre è in contraddizione con le recenti teorie sulle azioni dei quanti di energia emessa dalle materie esaminate e le energie bioelettroniche del soggetto esaminato. Quando un paziente entra in contatto con la fiala test può operare un'alterazione dello "spettro elettro-magnetico" emesso dalla materia e quindi quella fiala non potrebbe più emettere lo stesso "segnale". Sarebbe come avvicinare il codice elettromagnetico della carta di credito con un cellulare acceso.

L'errore esecutivo ed interpretativo è stato ovviato con apposite macchine che, collegate ad un computer, offrono un'interpretazione più oggettiva. Rimane sempre la falsa positività determinata dal fatto che le fiale vengono introdotte tutte in successione e per via sub-linguale. Una volta che la prima fiala segnala una positività, tutto ciò che viene analizzato successivamente potrebbe non risultare attendibile. (Vedere teoria quantistica della materia ed emissione di informazioni bioelettroniche mediante micro-onde oscillatorie, Biocebernetica Bioinformatica).

TEST BIOELETTRONICI DI RISONANZA (B.E.R TEST)

Metodologie Bioelettroniche secondo Schimmel e Secondo Voll.

Test fondati sul principio della biorisonanza elettronica e sulle teorie quantistiche della materia, la quale fornisce informazioni sotto forma di micro-oscillazioni elettromagnetiche tali da trasportare una determinata informazione dalla materia all'organismo. Tali teorie prendono origine dagli studi effettuati da Pischinger sulla Matrice Extracellulare.

Tutta la Medicina Funzionale basa i suoi studi su questi concetti e, considerando la Matrice Extracellulare come un Internet Biologico in grado di scambiare una infinità di informazioni non solo tra cellula e cellula ma anche tra cellula e matrice e viceversa, la Medicina Funzionale tenta di spiegare le intolleranze alimentari offrendo agli studiosi una nuova chiave di lettura non alternativa ma integrativa alle altre già esistenti.

BIBLIOGRAFIA

- G.T. Lewith Natom, *Medicina Naturale* 4-Apr. 1991
Food Intolerance and Food Adversion (1984) Joint Report of the Royal College of Physicians and the British Nutrition Foundation.
- Rinkel, Randolph, Zeller (1951) *Food allergy* -Springfield, Illinois
- Lewith, Kenyon *Clinical Ecology*- Wellingborough
- Friengold's *Regime for Hyperkinesis* 1979. *Lancet* 2,617-618
- Omura Y. (1979) *Applied Kinesiology using the acupuncture Meridian concept: Critical evaluation of its potential as the simplest non-invasive means of diagnosis and compatibility testing for food and drugs. Part 1, Acupuncture and Electrotheapeutics*,4,3, 165-184.
- Kenyon, Lewith (1982) *The auriculo-cardiac reflex as a diagnostic method for food and chemical allergy testing. America Journal of Acupuncture* 10,239-243
- *Simposio di aggiornamento sulle Allergie e Intolleranze Alimentari - Napoli 1990 - Scuola di Specializzazione in allergologia ed Immunologia Clinica Università degli Studi Federico II di Napoli* M. Bardare-G. Zani 1, 9 - N. Maiello, Del giudice, M. Miraglia - 2, 11 C. ed F. Andrè 3, 15
- *Patologia Intestinale cronica ed Allergie, Le Intolleranze agli additivi alimentari - Fision Ed. Ricciutti, D.De Luca, B. Maggisano A. Fieri, F. Pepe - Istituto di Clinica delle Malattie Tropicali ed Infettive Università di Roma* F. Paganelli, G.P. D'Offizi - Ricercatori Universitari presso la cattedra di Immunologia e Allergologia Università la sapienza Roma.
- *Le Intolleranze Alimentari - D- Sheinkin, M. Schachter, R Hutton Red Ed.*
- *Manuale delle Allergie e Intolleranze alimentari, M. Mandatori Ed. tecniche Nuove*
- *Matrice e Regolazione della Matrice, Pischinger Haug ed. Named Milano*