

Rencontre avec

le D^r Marie-Laure
Philippe-Bigot
et le D^r Jean-François
Bézot.

À partir d'un bilan clinique et biologique orienté, il est aujourd'hui possible de dépister différentes carences liées à l'âge. L'analyse protéomique apporte, en plus, des informations permettant de déceler si des pathologies se profilent ou plus précisément, s'il existe, par exemple, une sensibilité aux œstrogènes. Pour éviter l'apparition ou l'évolution de certaines maladies, il faut s'en préoccuper dès 40 ans. **p.8**



Le syndrome plurimétabolique d'insulinorésistance.

L'excès de graisse et, plus particulièrement, l'adiposité abdominale, favorise l'installation de l'insulino-résistance. Le traitement de ce syndrome va se concentrer, avant tout, sur l'amélioration de la sensibilité à l'insuline. Il va s'appuyer sur l'exercice physique, une alimentation à faible charge glycémique et des compléments nutritionnels. **p.2**

Sommaire

Le syndrome plurimétabolique d'insulinorésistance par Bruno Lacroix	2
Nouvelles de la recherche.....	7
Rencontre avec Le D ^r Marie-Laure Philippe-Bigot et le D ^r Jean-François Bézot	8
Santé, mensonges et propagande Arrêtons d'avalier n'importe quoi !	10
Nouvelles de la recherche.....	16

Le syndrome plurimétabolique d'insulinorésistance

Par Bruno Lacroix

Décrit en 1988 par Reaven sous le nom de « syndrome X », le syndrome plurimétabolique rassemble des anomalies cliniques et biologiques associées à une insulinorésistance. Cette pathologie résulte d'une interaction complexe entre les gènes et l'environnement de sujets en surpoids, sédentaires, affectés d'insulinorésistance. L'intérêt apporté au syndrome métabolique tient au fait qu'il est responsable d'un accroissement du risque cardiovasculaire. Mais ce n'est que la partie émergée de l'iceberg. L'insulinorésistance et l'hyper-

insulinémie réactionnelle doivent être reconnues le plus tôt possible et traitées avant tout en première ligne par des moyens simples d'hygiène de vie. Ce concept est évidemment capital non seulement sur le plan diagnostique mais, aussi, sur le plan thérapeutique. Sur le plan diagnostique, il impose d'évaluer la sensibilité à l'insuline ou, à l'inverse, l'insulinorésistance, de façon à dépister les sujets à risque. Sur le plan thérapeutique, il incite à centrer la stratégie sur des approches améliorant spécifiquement

la sensibilité à l'insuline plutôt que de traiter chacune des anomalies composant le syndrome. En effet, le patient insulinorésistant doit, pour maintenir une glycémie normale, compenser par un hyperinsulinisme qui peut être responsable, dix ans avant l'apparition du diabète, des premières lésions rétiniennes, coronariennes, rénales et vasculaires. Lorsque l'on décèle les premiers symptômes du syndrome X, d'une certaine façon, c'est comme d'avoir réservé un billet sur le *Titanic*.

2

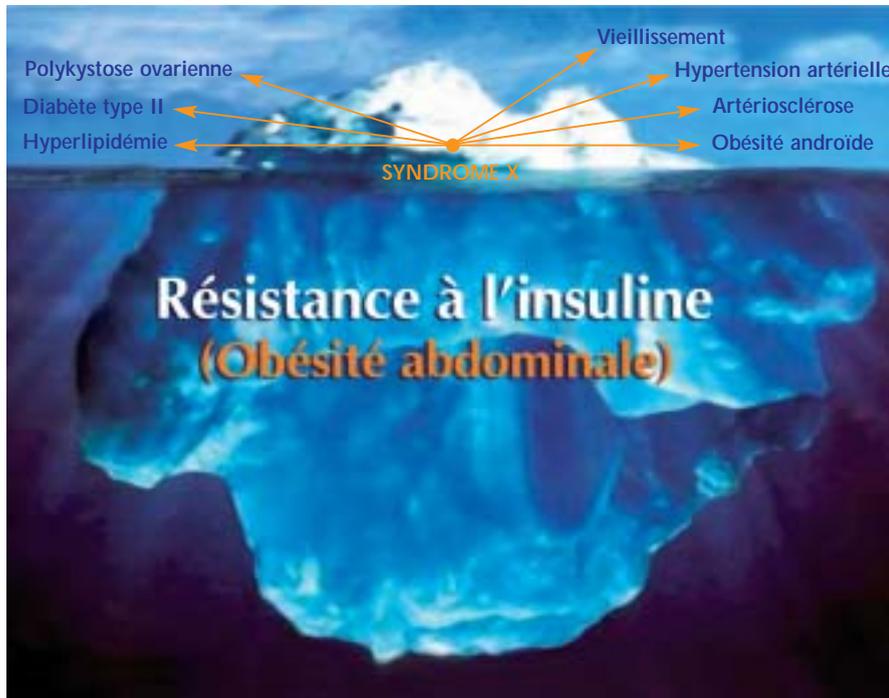


Comment diagnostiquer un syndrome X (l'insulinorésistance)?

Faire le diagnostic du syndrome X est une bonne chose, mais c'est seulement changer de place à bord du *Titanic*. La définition du syndrome varie selon les experts mais d'après le NCEP (National Cholesterol Education Program) : toute personne ayant une intolérance au glucose ou une hyperglycémie modérée à jeun supérieure à 1,10 g/l et présentant au moins deux facteurs de risque parmi l'obésité abdominale (mesure de la circonférence abdominale H \geq 102 cm, F \geq 88 cm), la diminution du cholestérol HDL (H \leq 1,0 mmol/L, F \leq 1,3 mmol/L), l'hypertriglycémie (\geq 1,7 mmol/L) et

l'hypertension artérielle (\geq 130/ \geq 85 mmHg). D'autres anomalies peuvent être présentes : hyperlipidémie post-prandiale, LDL oxydées, augmentation des concentrations du fibrinogène, de l'inhibiteur I de l'activateur du plasminogène (PAI-1) et des protéines de l'inflammation comme la protéine C réactive et certaines cytokines ainsi que l'augmentation de la microalbuminurie, de l'uricémie, de la ferritinémie et de la leptinémie. **Le dépistage précoce de l'insulinorésistance est primordial pour éviter diverses complications.** Plusieurs tests fiables permettent aujourd'hui d'évaluer l'insulinorésistance.

Un peu de physiopathologie



Les facteurs pathogènes les plus importants sont l'excès de graisse corporelle et, plus particulièrement, l'adiposité abdominale qui constitue une situation favorable à l'installation de l'insulinorésistance. En effet, la résistance à l'insuline avec excès adipeux constitue le facteur pathogénique central du syndrome métabolique qui comprend en plus des caractéristiques telles qu'une glycémie élevée, une l'hypertension, une dyslipidémie ou une obésité troncale (Shankuan Zhu *et al. American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 78, n° 2, 228-235, August 2003). L'insulinorésistance engendre un état inflammatoire caractérisé par la production massive de cytokines

pro-inflammatoires comme le $TNF\alpha$ et l'interleukine 6 (IL-6) et un taux plasmatique de protéine C réactive proportionnel à la masse adipeuse. La masse grasse, à travers sa production d'adipocytokines, joue un rôle de « gentil » (leptine, adiponectine) et/ou de « méchant » (angiotensinogène, $TNF-\alpha$, PAI-1, etc.). Toutes ces substances provenant des adipocytes ont des rôles divers sur l'hypertension, l'inflammation, la lipolyse...

D'autres facteurs pathogéniques sont la sédentarité, l'âge et la diminution des hormones sexuelles. Sous l'effet de l'âge, les niveaux plasmatiques d'hormones sexuelles diminuent, entraînant une

possible augmentation de la graisse viscérale. La réduction chez l'homme et l'augmentation chez la femme de la testostérone accroissent l'adiposité abdominale. Une chute de DHEA, d'hormone de croissance chez les deux sexes perturbe le métabolisme et accroît le tissu adipeux. Ce dernier est aussi sensible à l'action des glucocorticoïdes, notamment par une hausse de leurs récepteurs et d'une enzyme très active localement : la 11-bêta-hydroxystéroïde (11- β -HSD-1). Les experts scientifiques montrent que le taux de cortisol plasmatique chez des personnes obèses est souvent normal mais la fabrication locale de cortisol dans le tissu adipeux accrue. Ce phénomène physiologique est principalement dû à une surexpression de la 11-bêta-hydroxystéroïde déshydrogénase de type I, enzyme qui convertit la cortisone (inactive) en cortisol (actif) ; cette surexpression engendre un hypercortisisme local. Toute thérapeutique diminuant la 11- β -HSD-1 dans les adipocytes serait d'une grande valeur dans la lutte contre le syndrome X et l'insulinorésistance (Wake D.J. *et al. 11-beta-hydroxysteroid dehydrogenase type I in obesity and the metabolic syndrome. Mol Cell Endocrinol. 2004 Feb 27;215 (1-2):45-54*). D'autres facteurs susceptibles d'aggraver l'insulinorésistance, comme l'oxyde nitrique ou l'aldostérone, sont encore à l'étude. Mais évoquons maintenant un autre élément souvent occulté : la nutrition.

Étiopathogénie du syndrome métabolique

Certains spécialistes soulignent que, chez l'homme, les facteurs biologiques, psychologiques, culturels et environnementaux peuvent renforcer ou, au contraire, diluer voire supprimer la

« donne » génétique. La brusque augmentation du nombre d'obèses à laquelle nous assistons a peu de chance de provenir d'une soudaine mutation génétique. Les aborigènes australiens

deviennent obèses lorsqu'ils quittent leur tribu pour la vie urbaine. De retour dans leur milieu naturel, ils perdent du poids et retrouvent une bonne santé. Au fil du temps, l'organisme de l'homme s'est

adapté afin de survivre à des périodes de famine en stockant l'énergie sous forme de graisses. Malheureusement, dans le contexte actuel de festins, l'homme moderne subit les affres de sa génétique. Dans un contexte d'abondance, le remède s'est mué en élément pathogène. C'est à cause de cette capacité de stockage évoquée dans la théorie du gène économe ou « génotype d'épargne » qu'est apparu le diabète de type II. Ces prédispositions génétiques à l'embonpoint sont très élevées chez les aborigènes, les Mélanésiens, les Polynésiens et les Micronésiens. Meilleurs « stockeurs » de réserves que les Occidentaux, ils se retrouvent frappés d'obésité en proportion : 70 % des femmes et 65 % des hommes. Il existe, dans certaines populations autochtones ayant toujours un style de vie traditionnel, une composante génétique importante de l'insulinorésistance. Appliqué à une alimentation industrielle, ce style de vie est mauvais pour leur santé.

4

L'espèce humaine a donc progressivement sélectionné les gènes propres à accroître sa résistance aux carences alimentaires mais en subit les effets pervers en cas de surabondance et de sédentarité (O'Dea K. *Obesity and diabetes in "the land of milk and honey"*. *Diabetes Metab. Rev.*, 1992; 8: 373-388). Une autre théorie retient l'attention des scientifiques et met en évidence le « phénotype d'épargne ». L'orientation phénotypique vers un métabolisme d'épargne particulièrement performant serait réalisée dès la vie foetale si l'alimentation maternelle ou placentaire devenait insuffisante (objectivée par un petit poids de l'enfant pour l'âge gesta-



tionnel). Cette adaptation phénotypique permettrait la survie dans l'utérus pendant la période périnatale mais se révélerait nuisible à l'âge adulte, dans les mêmes conditions de pléthore alimentaire et de sédentarité, conduisant notamment au diabète de type II. (Hales C. et al. *The thrifty phenotype hypothesis: how does it look after 5 years?* *Diabetic Med.*, 1997; 14 : 189-195).

Ces deux théories « génotype d'épargne » et « phénotype d'épargne » ont bénéficié du support de nombreuses observations expérimentales animales et épidémiologiques humaines au cours des dernières années et pourraient expliquer la prévalence croissante, non seulement du diabète de type II, mais aussi du syndrome X dans les sociétés industrialisées.

Dans une excellente étude, Loren Cordain démontre le lien entre la charge glycémique élevée de l'alimentation d'aujourd'hui, l'insulinorésistance, l'hyperinsulinémie et le syndrome X. L'hyper-

insulinémie, conséquence de l'alimentation industrielle, est la cause de bien des maladies et joue un rôle d'accélérateur du processus de vieillissement. Jenkins montre que le contrôle de la charge glycémique prévient ces maladies cardiovasculaires et les diabètes de type II (David Jenkins et al., *Glycemic index: overviews of implications in health and disease*, *Am. J. Clin. Nutr.*, 2002, 76 Suppl. 266S-73S. Anthony R. Leeds, *Glycemic index and heart disease*, *Am. J. Clin. Nutr.*, 2002, 76 Suppl. 286S-9S. Walter Willet et al., *Glycemic index, glycemic load, and risk of type II diabetes*, *Am. J. Clin. Nutr.*, 2002, 76 Suppl: 247S-80). Bran Miller souligne qu'une alimentation avec une charge glycémique élevée augmente le stockage des graisses, l'adiposité viscérale et la prise de poids par accroissement des enzymes et hormones lipogéniques. À l'opposé, la prise de glucides à index glycémique bas réduit le risque d'obésité (Janette C. Brand-Miller. *Glycemic index and obesity*. *Am. J. Clin. Nutr.* 2002. 76 Suppl : 281S-285S).

Traiter l'insulinorésistance

Sur le plan thérapeutique, il est préférable de centrer la stratégie sur des approches améliorant spécifiquement la sensibilité à l'insuline plutôt que de traiter individuellement chacune des anomalies composant le syndrome X (Lefebvre P.J.,

Scheen A.J. *Improving the action of insulin*. *Clin. Invest. Med.*, 1995; 1: 340-347).

Pour redevenir insulinosensible, perdre l'excès de tissu adipeux est la priorité. Le syndrome métabolique, mais pas l'IMC

(indice de masse corporelle), prédit les futurs risques cardio-vasculaires. Une évaluation du statut métabolique devrait donc être envisagée chez tous, indépendamment du poids. Une personne mince avec un taux de graisse viscérale élevé a

plus de risques de santé qu'une personne avec plus de poids mais un meilleur rapport de sa masse maigre sur sa masse grasse. La composition corporelle est plus importante que l'IMC. Kevin souligne récemment dans le périodique

Circulation : « Afin de prévenir les manifestations du syndrome métabolique, la perte de tissu adipeux et non pas obligatoirement de poids devrait être considérée comme le but ultime. » (Kevin E. Kip, PhD. *Clinical Importance*

of Obesity Versus the Metabolic Syndrome in Cardiovascular Risk in Women. A Report From the Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study. Circulation. 2004; 109: 706-713.

Première ligne de traitement

Il faut donc, dans un premier temps, pour ceux qui n'ont jamais pratiqué d'efforts, faire de l'exercice physique comme la marche à pied, activité peu traumatisante, mais associée à une augmentation significative de la sensibilité à l'insuline. (Elizabeth J. Mayer-Davis et al. *Intensity and Amount of Physical Activity in Relation to Insulin Sensitivity. The Insulin Resistance Atherosclerosis Study. JAMA. 1998; 279: 669-674.*) Puis introduire des efforts modérés en résistance deux à trois fois par semaines pendant 20 minutes environ. Parallèlement, l'adoption d'une alimentation avec une faible charge glycémique, c'est-à-dire riche en fibres (fruits et légumes), en céréales non

raffinées, en protéines maigres (poissons, poulets) avec un bon équilibre lipidique, notamment entre oméga-3 et 6, dépourvue de graisses hydrogénées et de sucres rapides, permet de perdre des graisses adipeuses et de restaurer la sensibilité à l'insuline. (Riccardi G. et al. *Dietary treatment of the metabolic syndrome, the optimal diet. Br. J. Nutr. 2000 Mar; 83 Suppl 1: S143-8.*)

Un apport de protéine et d'isoflavones de soja influence favorablement la résistance à l'insuline, le contrôle du sucre sanguin, le cholestérol total, le LDL cholestérol (Vijay Jayagopal, *Beneficial Effects of Soy Phytoestrogen Intake in Postmenopausal Women With Type II Diabetes care.*

Comme nous le montre une étude récente, la recherche d'un meilleur mode de vie et l'utilisation de compléments nutritionnels comme le chrome, le magnésium, le zinc ou les oméga-3 (voir tableau) peuvent modifier favorablement la durée de vie, réduire l'incidence de maladies chroniques induites par l'âge et améliorer les symptômes nuisibles du syndrome X (Preuss H.G. et al. *Protective effects of a novel niacin-bound chromium complex and a grape seed proanthocyanidin extract on advancing age and various aspects of syndrome X. Ann. N. Y. Acad. Sci. 2002 May; 957: 250-9.*

Nutrition & syndrome d'insulinorésistance

Chrome
Magnésium
Zinc
Calcium
Potassium
Vanadyl
L. Carnitine
Taurine
L. Arginine
Vitamine E
Vitamine C
Vitamine B6
Biotine
Glutathion
Oméga-3
Coenzyme Q10
Acide lipoïque

amélioration de la sensibilité à l'insuline
déficience cause de l'insulinorésistance
déficience cause de l'insulinorésistance
améliore la sensibilité à l'insuline dans certaines populations
déficience cause de l'insulinorésistance
sulfate amélioration de la sensibilité à l'insuline
amélioration de la sensibilité à l'insuline après infusion IV
peu améliorer la sensibilité à l'insuline
amélioration de la sensibilité à l'insuline après infusion IV
réduit la glycosylation ; augmente l'activité antioxydante
réduit la glycosylation ; augmente l'activité antioxydante
améliore le métabolisme du glucose et la fonction nerveuse
améliore le métabolisme du glucose et la fonction nerveuse
amélioration de la sensibilité à l'insuline après infusion IV
amélioration de la sensibilité à l'insuline
améliore la sensibilité à l'insuline dans certaines populations
amélioration de la sensibilité à l'insuline ; activité antioxydante

Conclusion

En 1980, James Fries soulignait, dans le *New England Journal Medicine*, que les maladies chroniques modernes pouvaient être réduites par des modifications de notre hygiène de vie et il a montré que les marqueurs physiologiques et psychologiques du vieillissement pouvaient aussi être modifiés (*James Fries. Aging, natural death, and the compression of morbidity. N. Engl. J. Med. 1980. 303: 130-135*). Puis, dans ce même périodique, huit années plus tard, Anthony Vita montra que les personnes ayant les meilleures habitudes de vie survivaient plus longtemps, que les incapacités étaient retardées et réduites tout au long de leur vie (*Anthony J. Vita et al. Aging, Health Risks, and Cumulative Disability. N. Engl. J. Med. 1988; 338 n°15: 1035*). Plus récemment, toujours dans le même journal qui, ne l'oublions pas, recommande des traitements allopathiques, Frank et al., démontrent que 91 % des cas de diabète pourraient être attribués à des habitudes et des

comportements non conformes au modèle à faibles facteurs de risques (*Frank B. et al. Diet, Lifestyle and the Risk of Type II Diabetes Mellitus in Women. N. Engl. J. Med. 2001; 345: 790-7*). L'*American Heart Association* souligne qu'une alimentation pauvre en graisses saturées, riche en phytostérols et fibres solubles ainsi que la consommation de protéines de soja et de noix sont aussi efficaces que les statines (*Jenkins D et al. Effects of a dietary portfolio of cholesterol-lowering foods vs lovastatin on serum lipids and C-reactive protein. JAMA. 2003 Jul 23; 290(4): 502-10*).

Au travers de ces exemples puisés dans la littérature médicale, chacun réalise que l'adage d'Hippocrate – « Que ton alimentation soit ton médicament » – était une indéniable vérité scientifique. Nous voilà donc prévenus du sort funeste dévolu au plus beau navire de la flotte si un commandant oublieux des règles de sécurité le conduit à sa perte. Évitions le



naufrage et descendons du *Titanic* alors qu'il est encore à quai. De même, évitons de nous « empeser » inutilement, de subir les affres du syndrome X qui n'est rien d'autre, pourrait-on dire, « qu'un mauvais syndrome de mode de vie ».

Aidez NUTRANEWS à remplir sa mission !

- Chaque mois, *Nutranews* fait le point sur les dernières recherches internationales concernant la supplémentation nutritionnelle et la santé préventive. Plusieurs milliers de praticiens de santé reçoivent déjà *Nutranews* chaque mois.
- Aidez-nous à diffuser ces informations indispensables. Si votre thérapeute ou votre pharmacien sont susceptibles d'être intéressés par *Nutranews*, communiquez-nous leurs coordonnées et nous leur enverrons *Nutranews* de votre part, gratuitement, pendant 6 mois.



Vos coordonnées

Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____

 Téléphone : _____
 E-mail : _____



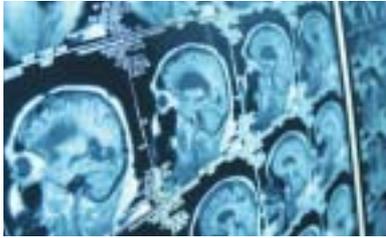
Les coordonnées du ou des intéressés

Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____

 Téléphone : _____
 E-mail : _____



Folates, troubles cognitifs et risque de démence



Des chercheurs ont mesuré les niveaux sanguins d'homocystéine, de folates et de vitamine B12 chez 81 sujets avec de légers troubles cognitifs, 92 sujets atteints de démence et 55 personnes âgées sans trouble cognitif.

Parmi les 92 sujets atteints de démence, une maladie d'Alzheimer a été diagnostiquée chez 74 d'entre eux et une démence vasculaire chez 18 d'entre eux.

Ils ont constaté que chez les sujets atteints de troubles cognitifs légers ou de démence, les niveaux de folates étaient significativement plus faibles que dans le groupe témoin. Les sujets dont les niveaux de folates étaient dans le tiers inférieur de tous les sujets avaient aussi trois fois plus de risque de troubles cognitifs légers que ceux situés dans le tiers supérieur. Les sujets atteints de démence avaient également des niveaux d'homocystéine plus élevés alors qu'aucune différence n'était observée pour les niveaux de vitamine B12.

Ces résultats suggèrent que de faibles niveaux de folates pourraient être un premier facteur de risque de troubles cognitifs légers qui, à leur tour, constituent un solide facteur de risque de développer une démence ou la maladie d'Alzheimer.

(American Journal of Clinical Nutrition, July 2004)

Acides aminés et sarcopénie

La masse musculaire décroît avec l'avancée en âge. Vers 70 ans, la perte de masse musculaire se fait au rythme de 10 % par décennie. Cela a pour résultat une possible perte d'autonomie des personnes âgées et une augmentation du risque de chute et de maladies comme l'ostéoporose. Les programmes actuels de traitement combinent hormonothérapie, intervention nutritionnelle et exercice physique mais ne sont pas toujours très efficaces sur ce point.

L'HMB (hydroxyméthylbutyrate) est un produit dérivé de la leucine, un acide aminé. Il peut ralentir le rythme de dégradation des protéines dans les tissus musculaires et ainsi minimiser les lésions musculaires qui se produisent au cours d'entraînements physiques intensifs. L'arginine est un acide aminé indispensable à l'augmentation de la synthèse des protéines dans le corps. La lysine, quant à elle, est un acide aminé essentiel. L'organisme incorpore la lysine dans de nombreuses protéines et pourrait ainsi stimuler la synthèse des protéines musculaires.

Une étude a regardé l'effet de l'HMB, de la lysine et de l'arginine sur les mesures de la force et de la masse musculaires ainsi que le statut en protéine chez des personnes âgées. 50 femmes âgées de 62 à 90 ans ont été enrôlées. Elles ont

reçu de façon aléatoire 2 g d'HMB, 5 g d'arginine, 1,5 g de lysine et 500 mg de vitamine C ou un placebo à prendre chaque matin avec le petit déjeuner pendant douze semaines.

Pour évaluer l'efficacité du traitement, un certain nombre de paramètres ont été mesurés au début et à la fin de l'étude : la facilité pour passer de la position assise à la position debout, parcourir trois mètres, se tourner, la force des jambes et des mains, la circonférence de la cuisse, du bras et de l'avant-bras, de la hanche et de l'abdomen, le pourcentage de masse maigre et de masse grasse, le rythme de synthèse et de perte des protéines...

Le groupe traité par le mélange d'acides aminés avait significativement plus de facilité pour passer de la position assise à la position debout, et plus de force dans les jambes et les mains que le groupe placebo. De plus, la circonférence moyenne des membres avait augmenté de façon significative dans le groupe traité, suggérant une augmentation de la masse musculaire. Les circonférences de la hanche et de l'abdomen avaient tendance à diminuer et la masse maigre à augmenter. La synthèse des protéines était 20 % plus importante dans le groupe traité que dans celui sous placebo.

(Nutrition, 2004 ; 20 : 445-51)

Oméga-3 et cancer

Des études de laboratoire ont précédemment montré que les acides gras oméga-3 inhibaient la croissance du cancer de la prostate. Une étude réalisée sur 30 ans par l'institut suédois Karolinska portant sur plus de 6 000 Suédois a révélé, en 2001, une forte association entre la consommation de poisson et un plus faible risque de cette maladie.

Une nouvelle étude a regardé la relation existant entre certains acides gras essentiels et le

risque de cancer de la prostate. L'équipe de chercheurs a suivi pendant quatorze ans une cohorte de 47 866 hommes âgés de 40 à 75 ans sans cancer au début de l'étude. Parmi les 2 965 cas de cancer de la prostate diagnostiqués au cours de l'étude, 448 étaient à un stade avancé.

Les résultats ont montré que la prise d'acide eicosapentaénoïque (EPA) et celle d'acide docosahexaénoïque étaient toutes deux

associées à un risque total de cancer de la prostate et un plus faible risque de cancer avancé de la prostate. Cependant, l'acide alpha-linolénique (ALA), un acide oméga-3 que l'on trouve essentiellement dans les légumes à feuilles vertes et dans certaines huiles végétales, pourrait augmenter le risque de cancer avancé de la prostate.

(American Journal of Clinical Nutrition, vol. 80, n°1, 204-216, July 2004)

Rencontre avec Le Dr Marie-Laure Philippe-Bigot¹ et le Dr Jean-François Bézot²

Quels sont les premiers symptômes du vieillissement chez la femme ?

Dr Marie-Laure Philippe-Bigot : La spécificité du vieillissement de la femme est qu'il est essentiellement hormonal. Ses manifestations sont liées à la chute des niveaux d'œstrogènes et de progestérone.

À quel moment les symptômes commencent-ils à se manifester ?

Dr M.-L. P.-B. : En France, l'âge moyen de l'apparition des premiers symptômes, c'est, officiellement, 53 ans. Mais dans la pratique, je m'aperçois que c'est un peu plus tôt. Peut-être 50 ans. La chute des œstrogènes provoque des bouffées de chaleur, des troubles de l'humeur, un état dépressif, et souvent une fatigue. La fatigue est le premier motif de consultation en terme de fréquence.

Cela se produit chez toutes les femmes ?

Dr M.-L. P.-B. : Oui, au moins la fatigue. Toutes celles qui viennent consulter s'en plaignent.

Mais celles qui ne viennent pas ?

Dr M.-L. P.-B. : Peut-être arrivent-elles à passer la ménopause de façon assez sereine. Mais une fatigue apparaît fréquemment.

En fait, les femmes arrivent parfois en consultation dans un état de détresse à cause des modifications de leur corps qui se traduisent par une prise de poids, un gonflement, de la rétention d'eau.

La rétention d'eau et le gonflement sont plutôt dus à la baisse de la progestérone. La rétention d'eau va surtout se manifester sur l'abdomen et les seins. La chute des niveaux de progestérone est également responsable de troubles du sommeil, d'une perte de sérénité. Les femmes deviennent un peu survoltées, réagissent au quart de tour et manquent de calme.

On le voit surtout lorsque, alarmées par ce qu'elles lisent dans les journaux, elles arrêtent brutalement leur traitement hormonal substitutif (THS). Cela provoque une baisse soudaine de la progestérone et des œstrogènes et les symptômes sont encore plus marqués que dans le cas d'une ménopause naturelle.

Le reste, la prise de poids, l'ostéoporose, c'est plutôt la chute des œstrogènes. Il y a aussi la fatigue et une sécheresse de la peau et des muqueuses.

Mais tout cela n'arrive pas en même temps. La fatigue, la dépression, éventuellement la chute des cheveux, se produisent environ cinq ans après. D'autres facteurs, comme la thyroïde, peuvent également être en cause.

Comment se passe la première consultation ?

Dr M.-L. P.-B. : Avant tout, je l'interroge, je la fais parler, je la pèse, je prends toutes ses mesures. Comme je vais la suivre pendant plusieurs années, cela me permet de mieux suivre son évolution.

Elle me décrit généralement les symptômes que je viens de citer. Nous faisons alors un état des lieux avec une évaluation clinique et biologique. Au niveau biologique, nous avons maintenant des analyses très pointues avec des dosages hormonaux très précis.

Quelles hormones allez-vous doser notamment ?

Dr M.-L. P.-B. : FSH, LH, estradiol et progestérone. D'abord, vous vérifiez si la ménopause est installée, avec le dosage en FSH. Ensuite, vous vérifiez qu'effectivement, les taux d'œstrogènes et de progestérone sont en train de chuter.

Et puis, on ne traite pas la ménopause de façon isolée. Il faut regarder l'ensemble et voir si le foie est en bon état, vérifier qu'il n'y a pas une insuffisance rénale ou une déshydratation. C'est la médecine classique et cela fait aussi partie de mes compétences de gériatre. Depuis 15 ans que j'exerce en gériatrie, je sais ce que provoque le vieillissement naturel.

Après avoir fait ce tour d'horizon général, on réalise quelque chose de très spécifique qui est **l'analyse protéomique**. C'est en fait une analyse de sang, un examen assez global qui va nous renseigner sur le terrain et nous indiquer, entre autres, si des pathologies se profilent, ou plus précisément s'il existe, par exemple, une sensibilité aux œstrogènes.

Avant même d'avoir les résultats des analyses, je donne systématiquement un



produit antioxydant. Au bout de deux mois, une personne en bonne santé vous dira qu'elle ressent un effet. Celles qui partent de niveaux très bas ressentent tout de suite un niveau d'énergie supérieur ou voient des infections qui finissent par régresser. Cela stimule les défenses immunitaires. Au bout d'un mois, vous avez une peau qui s'adoucit, qui est plus hydratée, surtout sur les cuisses où la couche cornée est plus épaisse. Il y a tout de suite des effets, uniquement avec un complément alimentaire cocktail d'antioxydants.

Comment se passe l'examen de l'analyse protéomique ?

D^r M.-L. P.-B. : C'est une prise de sang. Après, les biologistes œuvrent, techniquement, puis j'interprète les résultats avec le D^r Bézot. Cela donne une courbe avec différents paramètres. La médecine dans laquelle j'exerce réunit différentes compétences. Il ne sert à rien

de tout faire soi-même, il vaut mieux s'associer avec ceux qui possèdent les meilleures compétences dans chaque domaine.

Au niveau hormonal, je me suis formée auprès de grands spécialistes. J'ai travaillé avec le professeur Étienne-Émile Beaulieu pour la DHEA et j'ai coordonné un des centres de l'étude DHEAge. Ensuite, je me suis formée à Bruxelles où exercent des médecins très compétents dans ce domaine hormonal. Pour la protéomique, je travaille avec le D^r Bézot et l'équipe du CEIA de Bruxelles. Sur le plan nutritionnel, j'ai aussi autour de moi des médecins compétents, et on va mettre en route, dans chaque prise en charge, des conseils nutritionnels adaptés.

Après ces investigations, on peut dire que vous avez un portrait clinique de la patiente.

On a le bilan biologique et clinique. Et j'interroge aussi beaucoup mes patientes sur leurs antécédents. L'analyse protéomique réalise une synthèse de l'acquis et de l'inné. En fait on obtient une carte d'identité de la patiente. On découvre sur quel terrain on est. Il est difficile de ne pas voir un état cancéreux jusque-là non décelé.

Après, tout le problème de la médecine préventive est de savoir ce qu'il faut dire au patient. Si l'on découvre un terrain acide favorable à la cancérogenèse, peut-être vaut-il mieux ne rien dire et agir.

Pourquoi ?

D^r M.-L. P.-B. : Parce que certaines personnes pourraient alors déclencher un cancer. Le corps et l'esprit sont liés.

Cette analyse peut déboucher sur un traitement homéopathique. Il y a plusieurs niveaux de traitement. Il m'est arrivé parfois de ne pas me lancer dans un

THS, parce que l'analyse me permettait de voir des choses négatives ou un terrain à risque. En attendant, je lance des investigations et je prescris dans ce cas un traitement homéopathique même si elle est venue avec une mammographie normale.

Mais sans lui expliquez pourquoi ?

D^r M.-L. P.-B. : Je vais lui dire que son terrain est fragile et que je préfère ne pas traiter sa ménopause tout de suite.

Vous ne pouvez pas dire à quelqu'un : « Votre terrain est cancérogène. » En fait, je prends les éléments, je vérifie tout. Dans le cas d'un doute sur une tumeur du sein, je fais faire une écho-mammographie. Si celle-ci indique qu'il y a effectivement un cancer, la question ne se pose plus.

Mais si elle ne décèle rien, cela peut arriver, et que je sais qu'il existe tout ce qu'il faut pour fabriquer un cancer, je ne vais pas lui donner un THS. Je vais d'abord faire

en sorte de rectifier, justement, cette acidité avant de lui donner un traitement hormonal substitutif.

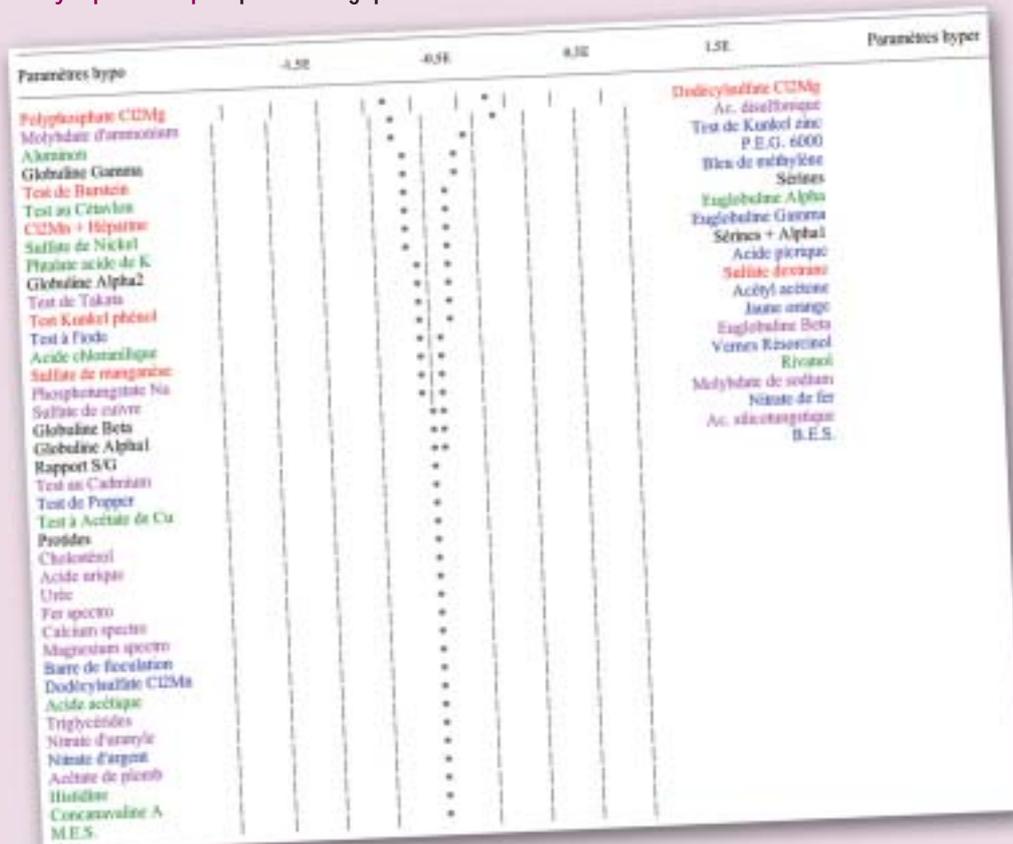
Quels types d'éléments vous disent que c'est un terrain cancérogène ?

D^r Jean-François Bézot : Le bilan protéomique fonctionnel, c'est l'accès à la compréhension de la postgénomique, donc de l'expression de nos gènes. Nous avons tous 30 000 gènes, le génome. C'est ce que nous avons reçu. Ces gènes, chacun de nous les exprime différemment, ce qui explique la diversité humaine. Le génome propose, l'environnement dispose.

L'environnement, c'est notre bol alimentaire, nos schémas répétitifs, notre vécu, nos mémoires... L'expression d'un gène, c'est la fabrication d'une protéine. Nous n'avons que 30 000 gènes, c'est constant. Par contre, nous avons des centaines de milliers de protéines dans notre corps, disposées en réseau. Elles assument la fonction cellulaire. Nos cellules ont un

langage, un langage moléculaire. Chaque fois qu'elles souffrent, que vous avez un stress, physique, psychique, elles envoient des messages de souffrance, par le biais des protéines, à travers le corps, vers d'autres cellules aptes à réagir à la nouvelle situation. Cette transmission peut être immédiate, c'est la maladie ; mais elle peut être différée. Il existe donc une mémoire biologique de notre humaine condition. C'est ce que l'on appelle maintenant le protéome. L'analyse protéomique, c'est le décryptage médical de ces boîtes noires qui témoignent de ces dysfonctionnements. En fait, avec une batterie-test, on tire des portraits, une courbe avec paramètres, factorielle 53, plus d'un milliard de combinaisons possibles. Si l'on prélève la même personne tous les jours, hors influence thérapeutique, on réitère cette analyse, telle une photocopieuse, on retombe sur la même courbe. Cela veut dire que le protéome est spécifique à chacun. Cela implique que toute thérapeutique issue de l'analyse protéomique sera spécifique

Un résultat d'une analyse protéomique : profil biologique d'une femme de 41 ans.



à chacun. La courbe idéale doit être en V, mais en fonction des terrains ou d'une pathologie, elle peut présenter une déviation à droite, une asymétrie à gauche, le but étant pour le médecin de la remettre à l'équilibre. La déviation, c'est la maladie, le retour à la normale, la guérison.

Ce qui est intéressant, c'est d'être en amont, de trouver la précession de cette biologie sur les symptômes de quelques mois à 5 ans. C'est donc avoir accès à une médecine prédictive. C'est un petit peu le GPS du médecin. Cela lui permet de débroussailler des situations.

D^r M.-L. P.-B. : Je viens encore de faire un diagnostic d'hépatite virale B alors que les analyses classiques, les transaminases, sont normales. En fait, elle a dû faire une hépatite B qui est passée inaperçue. Les anticorps étaient positifs. Je sais donc que son foie est fragile.

Cette patiente m'a confirmé qu'elle a régulièrement des nausées. Mon rôle, là, va être de lui donner un traitement qui ne soit pas toxique pour le foie. Donc, vous voyez, cette analyse apporte aussi des compléments d'information au niveau thérapeutique.

D^r J.-F. Bézot : C'est l'analyse du vivant. On peut lire des tranches de vie des patients avec leurs heurs et leurs malheurs. Tout est inscrit. On voit les gens qui rentrent en dépression. Quelqu'un qui rentre en dépression se le cache à lui-même, à son entourage, à son médecin. Le médecin n'est pas un analyste. Mais s'il a l'information, c'est 50 à 60 % de la réussite.

Faut-il tout dire au patient ? Exemple, la dépression. Moi, je commente ces analyses pour des médecins. Je ne suis pas médecin. Si j'explique à une patiente qu'elle est en train de rentrer en dépression, c'est le meilleur moyen de la casser. Par contre, si le médecin a l'information de souffrance, par des questions anodines,

il peut faire prendre conscience de l'état. C'est le début de la thérapeutique. La médecine est un art. Par contre, elle n'est pas déductive mais intuitive. Cette analyse permet au médecin d'être un bon clinicien.

Cette analyse montre au médecin qu'il faut avoir une vision systémique du vivant. Nous sommes trop dans la lésion de l'organe en attendant les symptômes. Mais avant la lésion de l'organe, il y a celle des tissus, de la cellule, de la molécule. Là, on atteint les cinétiques moléculaires. Les protéines sont comme des moteurs dynamiques dont les dysfonctions révèlent une maladie. Elles indiquent ce que le mal dit. Toute pathologie a pour origine une dysprotéinomie. C'est-à-dire une modification qualitative et/ou quantitative d'une protéine. La protéine, c'est la véritable ouvrière moléculaire de la cellule. Elle est beaucoup plus proche de la réalité physiologique que ne l'est l'ADN. C'est elle qui fait le job.

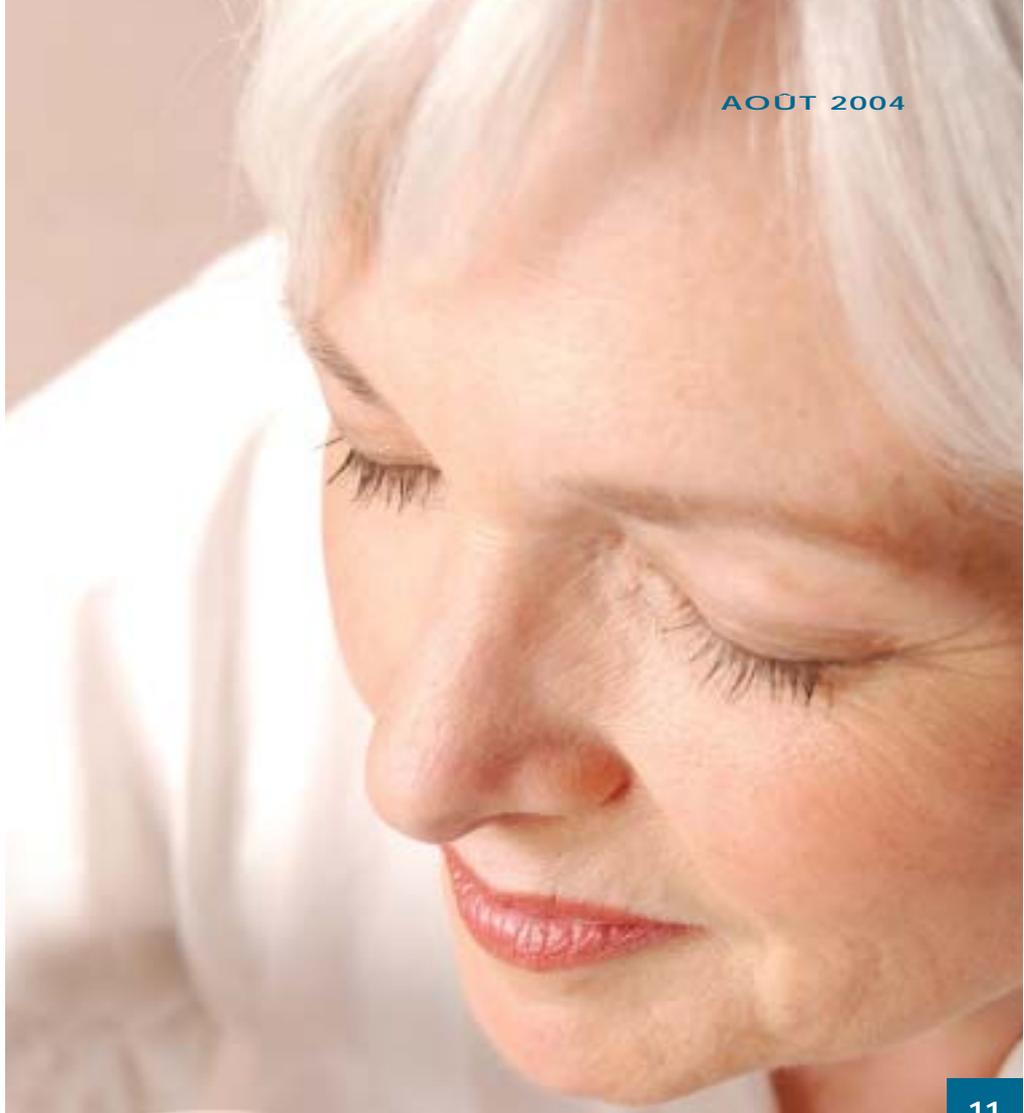
Sur quoi s'appuie votre traitement ?

D^r M.-L. P.-B. : Soit on est chez une personne à risque et on va rester dans l'homéopathie, soit c'est une personne à qui l'on va donner un traitement classique de la ménopause.

Là, on entre dans un débat en ce moment assez houleux. Mon opinion est qu'il faut donner un traitement à base d'hormones naturelles. Œstrogènes et progestérone naturels. Des œstrogènes, c'est de l'estradiol. Il vaut mieux le donner par voie transdermique, en gel.

En comprimés, l'estradiol passe par le foie et on a des complications vasculaires, artérielles alors qu'en gel, on ne les a pas. On peut avoir des complications veineuses, et il faut s'en méfier, mais on limite le risque artériel.

Pour la progestérone, il faut être strict et ne la prendre que naturelle. C'est un médicament qui passe par le foie et il faut être sûr qu'il est en bon état. S'il



n'est pas en bon état, il y a toujours la solution de la progestérone naturelle en crème. Le traitement est assez simple et sans risque si vous avez fait, avant, tout votre tri.

Et pas de DHEA ?

D^r M.-L. P.-B. : Si, on peut mettre de la DHEA. Habituellement, la DHEA seule passe chez les personnes d'un certain âge. Mais, à 50 ans, elle ne suffit pas. Il faut adapter le traitement hormonal, donner de petites doses d'œstrogènes avec de la DHEA.

Si vous donnez uniquement de la DHEA vous allez apporter un tout petit peu d'œstrogènes mais surtout beaucoup de testostérone. S'il n'y a plus beaucoup d'hormones féminines en face, vous allez masculiniser la personne et il va y avoir une pilosité excessive ou même une hyperandrogynie, trop de sébum, des petits points blancs, une séborrhée accentuée.

Et sur le plan nutritionnel ?

D^r M.-L. P.-B. : Cela part en fait des analyses que l'on fait. On analyse le stress oxydatif, les oligo-éléments, et les acides gras essentiels. À partir de là, s'il y a un stress oxydatif, on donne des antioxydants classiques. Je donne un cocktail de vitamines et d'oligo-éléments qui contient classiquement sélénium, zinc, cuivre, vitamines A, C, E. Après, il suffit de suivre. Nous avons nos analyses qui nous permettent de voir tous les taux et de dépister les déficits, les carences et les subtoxicités. Les résultats sont très précis. Si un nutriment est faiblement présent, on le voit et l'on peut recommander, par exemple, de la bourrache ou de l'onagre.

C'est si précis que cela ?

D^r M.-L. P.-B. : C'est une méthode d'expertise que l'on a conçue en Belgique avec un groupe d'experts et maintenant, il n'y a plus qu'à appuyer sur un bouton pour avoir des informations extrêmement

précises. Cela permet d'individualiser les traitements et de répondre aux spécificités de chaque personne.

Vous intervenez aussi sur les habitudes alimentaires ?

D^r M.-L. P.-B. : Cela dépend de la carence. Dans certains cas, je vais recommander d'arrêter le soja, parce qu'il y en a trop, dans d'autres je vais recommander de prendre des oméga-3.

Il est certain que lorsque l'on fait ce bilan biologique, il faut ensuite toute une batterie de compléments alimentaires adaptés.

Il s'agit, en fait, d'optimiser la santé. Parmi mes patientes, j'ai des jeunes filles de 22 ans. Il n'est bien sûr pas question, avec elles, de prévention du vieillissement.

Je trouve parfois des erreurs alimentaires. J'ai vu ainsi plusieurs Américaines végétariennes avec des dégâts au niveau de l'hormone de croissance. Déjà, à 35 ans, on peut l'observer, la tonicité de la peau est moins bonne. L'une d'elles, à 35 ans, s'est déjà fait refaire les seins. Son hormone de croissance était très basse parce qu'elle n'avait jamais mangé de viande. Alors, soit elle modifie son régime alimentaire en ajoutant deux fois par semaine un peu de viande rouge, mais certaines y sont opposées, sinon nous avons des compléments nutritionnels. Un, en particulier, apporte au corps les protéines nécessaires à la fabrication de l'hormone de croissance.

L'hormone de croissance est importante. C'est notamment la tonicité de la peau. C'est ce qui évite le relâchement tissulaire au niveau du visage, des bras ou des cuisses.

Je le vois tout de suite et quand une personne est assise en face de moi, je sais à peu près à quel niveau est son taux d'hormone de croissance. Vous avez les seins, après, si elle est en manches courtes, vous touchez et vous voyez la

tonicité du triceps et après je regarde les chiffres.

À une personne qui a arrêté de manger du bœuf depuis qu'il y a eu des problèmes, il faut dire d'en reprendre et qu'elle sera peut-être mieux au niveau de l'hormone de croissance. J'ai fait le test chez une amie qui mesure 1,82 m et a 38 ans. Elle avait une hormone de croissance très basse. Je lui ai conseillé de remanger de la viande et de refaire un dosage quelque temps après. Au bout de neuf mois, elle était bien et je n'ai rien fait d'autre que changer son régime alimentaire.

Certaines ne veulent vraiment pas manger de viande et certaines viennent même de New York tous les trois ou quatre mois pour acheter leurs sachets de protéines. Chacun fait ce qu'il veut.

Mais, vous voyez, l'aspect nutritionnel est loin d'être négligeable.

En fait, si l'on dessine un cercle, l'individu est au milieu avec sa santé. Autour, il y a l'environnement et dans l'environnement il y a plusieurs choses : tout ce qui touche au domaine corporel, nutritionnel et psychologique. Quand je dis corporel, cela peut être, par exemple, des massages. Il y a aussi toute l'influence que l'on peut avoir sur ces différents domaines : la nutrition, le psychisme, ... Je dirais qu'il existe un aller-retour entre l'individu et l'environnement. L'environnement joue sur la santé de l'individu et l'individu peut améliorer sa santé par son environnement. Et nous, nous nous situons au niveau de l'évaluation. On étudie le langage hormonal, le langage protéinique. Vous avez deux solutions. La première est d'agir sur l'hormonal en donnant des hormones, l'autre est d'agir en amont sur l'environnement.

Je vais, chez des personnes à risque, évaluer les niveaux de cortisol. Chez celles qui travaillent beaucoup, qui sont stressées, le cortisol chute et, du coup,

c'est une inflammation générale de tout le corps, en particulier, digestive. Et puis, cela épuise. Quand vous avez de très bas niveaux de cortisol, vous êtes fatigué. Dans ce cas aussi vous pouvez donner uniquement des hormones naturelles.

C'est la première étape mais je pense qu'il serait plus intéressant d'aller jouer sur le couple corporel/nutrition. Et cela fait partie de mon projet. Le Pr. Étienne-Émile Beaulieu parlait de « l'effet caresse », to take care, prendre soin de. Quand vous prenez soin de quelqu'un, il devient capable de stimuler son hormone de croissance. Il existe un lien direct et je le vois tous les jours.

Je suis maintenant au stade de l'évaluation. Je sais évaluer la mosaïque hormonale d'un individu. Et il se trouve, c'est quand même le bonheur, qu'il y a une parallèle directe entre la mosaïque hormonale et ce que l'on voit sur les résultats du protéome. Avec un cortisol très bas, j'aurais un paramètre qui m'indiquera une insuffisance surrénalienne en médecine protéomique.

Si une femme vient en consultation parce qu'elle est fatiguée, je ne vais pas me polariser uniquement sur le THS. Je vais déjà regarder à quel moment et de quelle façon se manifeste sa fatigue. Si c'est le matin et qu'après, dans la journée, elle va bien, cela peut être la thyroïde et je vais regarder les niveaux de T3, T4. Si cette fatigue est vraiment très importante et d'intensité constante toute la journée, je vais doser le cortisol. Il doit normalement être entre 200 et 300. S'il est à 180, cela va. Mais s'il est à 120, il va falloir l'aider, temporairement. Cependant, si la patiente est sur le point de partir en vacances au soleil pendant trois semaines, avant d'intervenir, je vais attendre qu'elle revienne.

Récemment, j'ai pris en charge un artiste qui devait assurer des concerts. Son cortisol était à 120 et il était vraiment épuisé. J'ai pu l'aider temporairement avec de l'hydrocortisone naturelle à des doses vraiment homéopathiques. J'ai fait remonter le cortisol un tout petit peu. Il était à 120, je l'ai fait remonter à 150, 160. Même pas le taux d'un individu

normal. Cela fait neuf mois que je le suis et c'est le jour et la nuit. J'ai progressivement arrêté le traitement. On a diminué tout doucement les doses et maintenant, il est sans rien. Cela lui a permis de passer le cap.

Cette évaluation est primordiale mais, après, la solution ne se trouve pas seulement dans la prescription hormonale. Je vous ai donné l'exemple de l'hormone de croissance dont on peut stimuler la sécrétion par des sachets de protéines ou en augmentant la consommation de viande. Par l'aspect nutritionnel, vous stimulez l'hormone de croissance et je ne partage pas vraiment l'avis de certains brillants spécialistes qui ne voient que par des injections d'hormone de croissance. Je pense qu'il est plus intéressant d'agir sur le plan nutritionnel.



Bulletin d'abonnement

- La lettre d'information *Nutranews* est éditée par la Fondation pour le libre choix (FLC).
- La FLC a pour objet d'informer et d'éduquer le public dans les domaines de la nutrition et de la santé préventive.
- *Nutranews* paraît 12 fois par an.

Communauté européenne et Suisse : 30 euros
Autres pays et Outre-mer : 38 euros

Abonnement de soutien
montant supérieur, à votre convenance

Coupon à retourner à
Nutranews - B.P. 30 512 - 57 109 THIONVILLE CEDEX

Nom :

Prénom :

Adresse :

Pays :

Téléphone :

E-mail :



Santé, mensonges et propagande*

Arrêtons d'avaler n'importe quoi !

Thierry Souccar et Isabelle Robard

- « Nous avons fait un mauvais rêve.
- « L'industrie agroalimentaire sponsorisait les scientifiques chargés par le gouvernement de nous dire ce qu'il fallait manger.
- « Nos enfants étaient encouragés par la classe politique à consommer des aliments pour en écouler les surplus.
- « Des recommandations alimentaires qui auraient pu sauver des milliers de vies étaient étouffées pour satisfaire aux intérêts économiques de quelques multinationales.
- « Des agences gouvernementales de sécurité sanitaire interdisaient à des malades du sida l'accès à des produits nécessaires à leur survie.
- « Le gouvernement menaçait de prison des médecins et des commerçants pour avoir vendu des vitamines pourtant indispensables à la santé.
- « Des Antillais se voyaient interdire l'usage de plantes médicinales qui poussent sur leur île. »

Ainsi commence le livre de Thierry Souccar, journaliste et écrivain scientifique, et d'Isabelle Robard, avocate et chargée de cours en faculté de droit. Dans cet ouvrage, fruit de trois années d'enquêtes, les auteurs dénoncent les pratiques des multinationales de l'agroalimentaire relayées par les instances gouvernementales. Ils remettent en cause des conseils nutritionnels devenus vérités premières : « les laitages rendent les os plus solides », « pour maigrir, il faut diminuer les graisses ». Ils s'interrogent sur les intérêts privés en jeu, le poids des lobbies, le rôle de la publicité.

« Nutritionnistes et agro-business : le grand flirt »

Dans ce premier chapitre, ils dévoilent les liens étroits existant entre nutritionnistes et industriels. Ils décrivent les méthodes de promotion utilisées par l'industrie alimentaire et se posent la question de l'influence de l'industrie sur les recommandations nutritionnelles et la recherche française.

Il se termine par des questions : « Comment peut-on accepter que les responsables d'une agence de sécurité alimentaire ou d'un programme national de santé publique puissent avoir des liens économiques, quels qu'ils soient, avec les industriels pharmaceutiques ou du secteur agroalimentaire ? Quel crédit faut-il dès lors accorder à leurs avis et à leurs recommandations ? »

« Aliments et santé : ce qu'on vous fait avaler »

Les auteurs passent en revue l'existence ou non de validations scientifiques concernant plusieurs « idées reçues » autour de quatre grands thèmes : lait, graisses, sucres/glucides et régimes. Dans la plupart des cas, les auteurs ont travaillé en liaison avec les chercheurs de l'école de santé publique de Harvard (Boston, Massachusetts). Ils ont adopté nombre de leurs préconisations et de leurs critiques, parce qu'à leurs yeux, elles reposent sur la science la moins contestable.

À propos des apports conseillés en calcium sans cesse revus à la hausse pour prévenir l'ostéoporose, les auteurs nous disent que ces recommandations sont en contradiction avec ce que disent les études scientifiques et parlent « d'une hystérie collective sur fond d'intérêts économiques ».

Concernant les graisses, ils contestent, preuves scientifiques à l'appui, les recommandations des experts et de l'industrie agroalimentaire qui nous disent « pour maigrir, il faut manger moins gras ».

Maigrir, après 40 ans, ce n'est pas simplement une question de régime. Nos hormones dont les niveaux baissent avec l'avancée en âge sont aussi en cause. Or les aliments allégés que l'industrie nous propose pour accompagner les régimes sans graisse ne favorisent pas particulièrement la production hormonale.

Ce ne sont que quelques exemples des sujets abordés qui nous incitent à poser la question « Quelle est la valeur des conseils de "bonne santé" dont certains risquent parfois de faire le lit de l'obésité, du diabète et d'autres maladies chroniques ? »

Comment la France part en guerre contre les plantes et les compléments alimentaires

Cette troisième partie est consacrée aux plantes, aux vitamines et aux minéraux. L'expérience des auteurs y apporte sa contribution, notamment en ce qui concerne la créatine. À son propos, ils rappellent une annonce faite par l'AFSSA (Agence française de sécurité sanitaire des aliments) selon laquelle cette substance naturelle présente dans la viande et utilisée par les athlètes pour améliorer leurs performances serait potentiellement

cancérogène. Ils qualifient cette annonce, qui semble en totale contradiction avec ce que l'on trouve dans la presse scientifique, d'aberration.

L'affaire des orotates, des minéraux, est un autre exemple qui permet de découvrir pourquoi et par quels artifices juridiques la France livre un combat sans merci aux compléments alimentaires au mépris du droit européen.

Ils placent l'étude Suvimax, dont les médias se sont largement fait écho, au palmarès des records de la manipulation informative.

Ils font la « chronique d'un combat pour la réhabilitation » des plantes de la France d'Outre-mer, utilisées depuis des générations par la population locale mais que la France a « oublié » d'insérer dans la pharmacopée française.

À quand une vraie politique de santé et de prévention dans l'intérêt exclusif des consommateurs français ?

Cette dernière partie aborde le sujet de deux agences sanitaires, l'AFSSA et l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé), deux

structures prépondérantes du paysage sanitaire français. Elles détiennent un pouvoir-clé sur le devenir de notre santé. Les auteurs ont voulu savoir de quelle

façon elles utilisent leur pouvoir dans l'intérêt du consommateur.

Le guide pour manger sainement de Harvard

Il s'appuie sur un « nombre considérable d'études pour que vous puissiez faire des choix informés dans votre régime alimentaire avec l'espoir raisonnablement d'améliorer substantiellement vos

chances de rester actif et en bonne santé jusqu'à un âge avancé », dit le Pr. Willet, chef de file des chercheurs de l'école de santé publique de Harvard.

Enfin, vous l'avez compris, si vous voulez « arrêter de manger n'importe quoi », le livre de Thierry Souccar et d'Isabelle Robard vous donne des pistes pour mieux comprendre l'information nutritionnelle délivrée par l'industrie agroalimentaire, faire le tri entre information et désinformation. Ce livre est aussi un appel à la vigilance et à l'action et demande une remise en cause aussi bien de certains messages nutritionnels que du système français d'expertise scientifique.



Picolinate de chrome et dépression

Des envies d'hydrates de carbone, une prise de poids et une fatigue inexplicable sont des symptômes caractéristiques de dépression atypique, des troubles dépressifs souvent non diagnostiqués.

Une étude multicentrique, en double aveugle, contrôlée contre placebo, a duré huit semaines et porté sur 113 patients diagnostiqués avec une dépression atypique. Ils ont reçu quotidiennement une supplémentation avec du picolinate de chrome ou un placebo.

Les résultats ont montré que le picolinate de chrome avait un effet antidépresseur significatif dans un sous-groupe de patients ayant des besoins élevés en hydrates de carbone. Les chercheurs ont estimé que ces résultats suggéraient que le picolinate de chrome pourrait offrir une nouvelle option de traitement aux patients souffrant de dépression atypique qui trouvent difficile de suivre leur traitement médical actuel en raison des effets secondaires courants, mais parfois intolérables, comme des dysfonctionnements sexuels ou un gain de poids.

(24th International Neuropsychopharmacology Congress (CINP), Paris June 2004)

Vitamine E et santé de l'athlète



Une équipe de chercheurs de l'Institut Linus-Pauling de l'université de l'État de l'Oregon a récemment rapporté que des marathoniens, en prenant pendant six semaines avant leur course des vitamines C et E, ont prévenu l'augmentation de l'oxydation des lipides qui, autrement, est associée à l'exercice extrême.

L'essai a impliqué 22 coureurs qui ont parcouru un supermarathon de 50 km. La moitié des coureurs a reçu quotidiennement des suppléments contenant 1 000 mg de vitamine C et 400 UI de vitamine E pendant six semaines avant la course, tandis que l'autre moitié se contentait de son alimentation saine habituelle. Une analyse des biomarqueurs du groupe témoin a montré une augmentation significative de la peroxydation lipidique après la course. Ces biomarqueurs avaient atteint des niveaux que l'on rencontre fréquemment chez une personne ayant eu une crise cardiaque. Comparativement, les coureurs prenant des vitamines C et E avaient des niveaux normaux.

Les chercheurs ont ainsi commenté ces résultats : « Cette étude montre clairement qu'une supplémentation avec ces vitamines antioxydantes peut aider à prévenir les niveaux significatifs d'oxydation des lipides associés à la pratique d'un exercice physique intense. »

(Free Radical Biology and Medicine May 2004, 36(10), p. 1329-41)

Sélénium et effets secondaires de la chimiothérapie

Le cancer de l'ovaire est, chez la femme, le sixième en terme de fréquence. Comme il y a souvent peu de symptômes apparents aux premiers stades, il est souvent déjà avancé lorsqu'il est diagnostiqué, à tel point qu'il est plus difficile à traiter et a plus de risque d'être mortel.

Le traitement du cancer de l'ovaire combine généralement chirurgie et chimiothérapie. Les médicaments employés, la cisplatine et la cyclophosphamide, interfèrent avec la croissance des cellules cancéreuses. Ils ont aussi un effet sur les cellules normales et causent souvent des problèmes comme l'anémie, la perte des cheveux, la diarrhée, une augmentation de la sensibilité aux infections et des plaies douloureuses

dans la bouche. Les autres effets secondaires de la chimiothérapie incluent fatigue inhabituelle, nausées, vomissements, perte d'appétit, lésions rénales et une sensation générale de malaise.

La chimiothérapie génère des radicaux libres responsables des lésions qui se produisent dans les cellules normales. Des antioxydants peuvent aider à prévenir ces lésions.

Le sélénium est un des composants de la glutathion peroxydase, une enzyme qui a un puissant pouvoir antioxydant. La chimiothérapie diminue les niveaux de sélénium dans l'organisme. Une déficience en sélénium est associée à des lésions plus importantes causées par la chimiothérapie.

Une étude a examiné l'effet du sélénium inclus dans une formulation antioxydante sur les effets secondaires de la chimiothérapie. 62 femmes âgées d'environ 50 ans et atteintes d'un cancer des ovaires ont été enrôlées dans l'étude. Toutes ont reçu un traitement classique associant chirurgie et chimiothérapie. Elles ont également reçu de façon aléatoire une formulation antioxydante contenant du bêta-carotène (25 000 UI), de la vitamine C (200 mg), de la vitamine E (27 UI), de la riboflavine (4,5 mg), de la niacine (45 mg) et du sélénium (200 mcg) ou la même formulation sans sélénium une fois par jour pendant trois mois. Les résultats ont montré que les femmes recevant du sélénium avaient des quantités de glutathion peroxydase significativement plus importantes

dans leurs globules rouges, suggérant une augmentation de l'activité antioxydante. Le groupe supplémenté en sélénium avait également davantage de neutrophiles, des globules blancs responsables de la lutte contre les infections bactériennes. Ces résultats sont importants car les infections sont plus fréquentes chez les personnes suivant une chimiothérapie et, d'une façon générale, chez les patients cancéreux. Le groupe supplémenté a également eu moins de nausées, de vomissements, de douleurs abdominales, de plaies dans la bouche, de pertes de cheveux, de faiblesses, de malaises et de pertes d'appétit que celui qui n'a pas pris de sélénium.

(Gynecologic Oncology, 2004 ; 93 : 320-7).