

E.D. C.A.S.

Ensemble Défendons le Citoyen et l'Avenir pour la Santé



Association Régie par la Loi du 01 Juillet 1901 et par le Décret du 16 Août 1901
Date de la fondation : 26 Novembre 1996

**21 Rue Paul Cézanne
41100 NAVEIL**

Tél. et Fax. : 02.54.73.91.91

E-mail : edcas.41@wanadoo.fr

Site Médical et Paramédical : www.edcas.org

Cette nouvelle année 2007 est une année d'évolution au sein de notre association.

Celle-ci s'oriente aussi bien sur les différents thèmes abordés que sur la possibilité plus importante de sa diffusion via l'informatique à travers le nouveau système d'exploitation « vista intégral » et notre site internet.

Depuis deux mois déjà, nous avons étudié les différents aspects qui permettront à chacun de pouvoir accéder encore plus rapidement à l'information : téléchargement plus rapide des vidéos, connexion et visualisation au site plus facile et caetera. Ainsi, nous souhaitons pour le colloque de Juin 2007 être en mesure d'y répondre.

Une précision : depuis les modifications, nous avons augmenté notre taux de connexion qui est à ce jour de

480 en moyenne par jour (+ 27%).

Si vous êtes membres du corps de santé, bénévoles ou personnes intéressées par l'entraide médicale et paramédicale et **vous aimeriez que l'association développe un thème, alors nous sommes à votre écoute.**

Nous sommes aussi à la recherche de témoignages. Merci de vous faire connaître via notre site ou tout simplement par écrit.

Le Président,

Docteur Pierre BULLE

« Trop de confiance rend caduc la confiance octroyée mais pas assez l'anéantie. »

Rodolf-Karel CANOY



Bulletin Info

N° 38

Mars 2007

Dans ce numéro :

Enquêtes :	2
* Surpoids : Mieux pour la tête que le cœur	
* La flore intestinale impliquée dans l'obésité	
* Besoins en eau. Cela ne coule pas de source	
Enquêtes Suite :	3
* Les Européens et la sécurité alimentaire	
* Allergiques : attention aux baisers	
Les édulcorants ne stimulent pas la prise alimentaire	4
Apprendre à goûter, apprendre à choisir	5
Perte de poids : la chirurgie bariatrique	6
Calcium et vitamine D	7
Les prochaines réunions	9
Les membres du bureau	10
Numéros disponibles	12
Numéros à paraître	14

Surpoids. Mieux pour la tête que pour le cœur

Une étude menée auprès de 2 700 personnes âgées de 65 à 94 ans montre que les sujets en surpoids ou obèses raisonnent mieux et ont des performances « visiospatiales » significativement plus rapides que ceux de poids normal.

En revanche, une seconde étude, conduite chez plus de 17 600 personnes âgées, confirme bel et bien ce que l'on savait déjà: les risques de maladie cardio-vasculaire, de diabète et d'hospitalisation sont bien plus élevés en cas de surcharge pondérale ou d'obésité.

Source « Nutrinews » n° 165. « J Am Geriatr Soc » 2006; 54 & JAMA, 2006; 295: 190-198.

La flore intestinale, impliquée dans l'obésité

Une équipe américaine (J. Gordon, université de Washington) vient de mettre en évidence l'implication de la flore intestinale dans la prise de poids.

Ces chercheurs ont montré que des souris « sans flore » (nées et maintenues dans un environnement stérile) ingèrent plus de nourriture que des souris « contrôle » avec flore (+ 29 %) et prennent moins de poids (- 42 % de masse grasse). Ce résultat est en faveur d'une implication de la flore bactérienne dans la constitution de la masse grasse.

Il semblerait en effet que certaines bactéries soient capables de réprimer l'expression d'une protéine impliquée dans le stockage des graisses. Selon cette équipe américaine, il devrait être possible, en modulant l'activité de la flore, de faire perdre du poids aux personnes en surcharge pondérale.

Ce résultat ouvre des perspectives de recherche, en particulier pour étudier comment les bactéries probiotiques pourraient agir sur la flore et limiter le stockage des lipides.

4^{ème} Convention internationale sur les probiotiques organisée par Danone Research

Besoins en eau. Cela ne coule pas de source

Quatre-vingt-quatre pour cent des Français sous-estiment les besoins en eau de leur organisme: ils évaluent l'apport hydrique nécessaire à 1,76 litre par jour, alors que les besoins réels s'élèvent à 2,5 litres. C'est ce que révèle un sondage TNS Sofres réalisé pour le CIEau auprès d'un échantillon représentatif de la population française de plus de 15 ans.

Vingt pour cent des Français consomment moins de 1,4 litre de liquides par jour, 39 % entre 1,4 et 2 litres - quantité recommandée - et 40 % absorbent plus de 2 litres.

Globalement, les Français privilégient l'eau : les boissons se composent de trois quarts d'eau et d'un quart de liquides autres. Les sources hydriques sont assez mal connues des personnes interrogées.

Quand on leur propose une liste de sources d'eau qui pourraient contribuer à l'hydratation, elles citent, fort justement en premier, l'eau (96 %), puis les fruits et les légumes (87 %) avant les autres boissons (75 %) -, ce qui, bien entendu, est faux -, puis la viande et le poisson (42 %) -, moins de la moitié pensent que le poisson et la viande contribuent à l'hydratation, alors qu'ils ont la même teneur en eau que les fruits et les légumes -, puis les céréales et le pain (27 %), qui, en réalité, n'ont pas de pouvoir hydratant.

Le CIEau édite un petit outil pédagogique pour découvrir les équivalences hydriques des aliments.

靈氣

Elisabeth d'Arcangues
Maître en Reiki
Acupuncture Traditionnelle
Fleurs de Bach
EMF

17, chemin du Rin de la Forêt
41190 CHAMBON sur CISSE
Tel : 02 54 70 10 67 & 06 62 09 68 62

Les Européens et la sécurité alimentaire

D'après une enquête menée auprès des vingt-cinq États membres de l'Union européenne (Eurobaromètre), les consommateurs ont une perception plutôt positive des aliments. Le risque sanitaire n'est pas au premier plan de leurs préoccupations.

Pour les Européens, l'alimentation est essentiellement liée à l'idée de plaisir et de goût, bien davantage qu'à la notion de risque sanitaire.

Les crises passées semblent oubliées. Face à une liste de risques possibles associés aux aliments, les inquiétudes des consommateurs se portent surtout vers des facteurs externes sur lesquels ils n'ont pas de contrôle (ni de responsabilité) : résidus de pesticides, nouveaux virus (grippe aviaire), résidus dans les viandes, hygiène des aliments en dehors de la maison, contamination bactérienne ...

Les consommateurs sont beaucoup moins inquiets concernant leurs propres comportements ou pratiques (risque d'obésité, par exemple). En cas de crise pour accéder à l'information, les personnes interrogées disent se tourner plus volontiers vers des associations de consommateurs (32 %), vers le médecin (32 %) et vers les scientifiques (30 %), interlocuteurs qu'elles estiment plus fiables que les médias ou les autorités publiques.

Source « Nutrines » n° 164.
Rapport complet sur le site de l'Efsa : www.efsa.eu.int.

Allergiques. Attention aux baisers

Selon un article de la « Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique » (2006 ; 46 (2) : 80-4), deux allergologues toulousains ont observé que des sujets allergiques pouvaient développer des troubles plus ou moins graves après avoir été embrassés par une personne ayant consommé un aliment qui leur est interdit.

Tous les aliments contenant des allergènes sont concernés : pommes, kiwis, fruits secs à coque, poisson, fruits de mer, œufs, lait.

Toutes les formes de baisers peuvent être en cause : du bisou affectueux donné à un enfant le soir au coucher au baiser amoureux.

« Je peux reconnaître en l'être humain sa richesse dans ses actes et ses pensées mais aussi sa grande pauvreté à agir positivement dont celle-ci est motivée par son amertume et sa détresse de ne point obtenir ce qu'autrui a ou/et semble avoir ! »

Rodolf-Karel CANOY

Les symptômes apparaissent en quelques minutes; le plus souvent, ils sont bénins - rougeurs, démangeaisons - et disparaissent avec un antihistaminique; mais quelquefois, ils peuvent être très sérieux, allant jusqu'à la détresse respiratoire.

Les spécialistes parlent de « baiser de la mort » ! Les patients allergique et leurs familles doivent être informés de ce type de risque.

Source « Nutrines » n° 165.

Les édulcorants offrent-ils un réel intérêt dans les régimes aminçissants ou pour contrôler le poids? Des études, nombreuses, ont apporté des réponses contradictoires à cette question. Le Professeur France Bellisle (Inra) a démêlé le vrai du faux, sur ce sujet toujours débattu.

Le goût du sucre nous séduit depuis notre plus tendre enfance. *In utero* déjà, le fœtus ouvre goulûment la bouche et aspire le liquide amniotique lorsque sa maman déguste une boisson sucrée. Cet attrait dure toute la vie ; le goût pour le sucré persiste jusqu'au grand âge. Les édulcorants qui conservent la saveur, sans apporter les calories, ont-ils un intérêt? « *Certainement, mais dans le cadre d'une alimentation surveillée* », estime France Bellisle.

On trouve sur le marché plusieurs édulcorants intenses: l'acesulfam K a un pouvoir sucrant 100 fois supérieur au saccharose; l'aspartame, 100 à 200 fois; les cyclamates, 25 à 30 fois; le sucralose, qui devrait être commercialisé en France prochainement, est, quant à lui, 600 fois plus sucrant. Aux doses consommées, aucun de ces édulcorants ne présente d'effets secondaires, mais ils recèlent un piège: « *Les sucres interviennent dans la charge énergétique, ils participent à la masse des aliments. Au contraire, les édulcorants intenses n'apportent ni énergie ni masse dans les aliments solides. C'est là un piège: par quoi l'industriel va-t-il combler ce manque ? Par des glucides, des lipides, de l'eau ... avec le risque d'apporter des calories supplémentaires. Il faut lire attentivement les étiquettes avant d'acheter un produit '« light ».* In fine, *l'économie d'énergie n'est pas toujours évidente* », prévient France Bellisle. Ainsi, pour 100 g, un yaourt sucré apporte 75 kcal, un autre aux édulcorants, 44 kcal ; en revanche, concernant les céréales pour le petit déjeuner ou le chocolat, le remplacement du sucre ajouté par un édulcorant ne fait « économiser » que peu de calories. En réalité, selon France Bellisle, le bénéfice énergétique réel se trouve dans les boissons aux édulcorants, puisqu'il n'y a pas de perte de masse à compléter et que le sucre constitue l'essentiel de l'énergie.

UN INTÉRÊT CHEZ LE DIABÉTIQUE

Certains auteurs ont montré que les édulcorants favorisaient, en compensation, une prise alimentaire plus importante, faisant perdre le bénéfice calorique du « light ». C'est le paradoxe soutenu par Blundell. Point de vue démenti, par France Bellisle : « *Nos études ont montré que nous ne mangeons pas plus et même moins, assure-t-elle. L'étude Suvimax a mis en évidence que ceux qui mangent allégé ou prennent des édulcorants s'efforcent de maintenir un poids stable et ingèrent moins de calories que les autres, les édulcorants intenses ne stimulent donc pas l'appétit.* » Dans une étude, des volontaires présentant un surpoids buvaient soit des boissons sucrées traditionnelles, soit des boissons sucrées aux édulcorants. En dix semaines, les premiers étaient devenus hyperphagiques et avaient pris 1,6 kg en moyenne, tandis que ceux du second groupe avaient perdu 1 kg.

Autre idée reçue, à présent démentie: les édulcorants n'engendrent pas de stimulation au niveau de l'hypothalamus. Dans un travail réalisé avec du glucose, de l'aspartame et de la maltodextrine, les images prises par IRM montrent que le cerveau ne réagit qu'au glucose. « *L'édulcorant ne fait pas maigrir par magie, mais il peut permettre "une économie d'énergie" dans le cadre d'une alimentation surveillée* », conclut le Pr Bellisle. Des travaux menés avec le sucralose ont montré que ce nouvel édulcorant n'avait pas d'action sur la glycémie ou sur le peptide C chez les diabétiques. Il s'agit d'une molécule inédite fabriquée à partir du saccharose, à la saveur sucrée, mais qui n'est pas absorbée par l'organisme (prochainement commercialisé sous le nom de Splenda par les Laboratoires McNeil) ; une cuillerée à café de sucralose apporte 2 kcal, soit dix fois moins que le sucre. Autre avantage: c'est un produit stable qui résiste à la chaleur et peut donc entrer dans toutes les préparations culinaires. Il convient aux diabétiques dans le cadre d'un régime adapté et à tous ceux qui ont un excès pondéral ou qui veulent contrôler leur poids.

Annie Thiébart

Apprendre aux enfants à découvrir de nouveaux goûts est la base de l'éducation nutritionnelle qui leur permettra plus tard d'avoir une alimentation diversifiée et équilibrée, d'où l'importance d'une information nutritionnelle de bonne qualité destinée aux enfants.

Détester les épinards ou se méfier d'un aliment nouveau est fréquent de la part des jeunes enfants. Il s'agit de néophobie alimentaire. Le goût, cela s'éduque. En 1974, Jacques Puisais lançait les premières classes du goût dont le succès ne se dément pas aujourd'hui. L'objectif ? Faire des découvertes sensorielles, prôner la convivialité et le plaisir de manger, mettre des mots sur des sensations, donc favoriser la verbalisation.

Une expérience conduite aux États-Unis illustre la plasticité du goût. On a donné neuf légumes à manger à des enfants, certains d'entre eux, par exemple, préféraient les navets, les autres, les brocolis. Un enfant cible était placé dans le groupe navet mais continuait de manger, seul, ses brocolis. Au bout de cinq expérimentations, il a cédé à la tentation des navets. *« Ce n'était pas seulement pour se conformer au groupe, mais parce qu'il avait intériorisé la notion de plaisir lié à la dégustation de ces légumes »* analyse Nathalie Politzer (Institut du goût). Apprendre à goûter, c'est apprendre à aimer une palette d'aliments. *« La néophobie alimentaire apparaît vers l'âge de 2-3 ans et culmine entre 3 et 7 ans Mais ces réactions ne sont pas, elles non plus, figées dans le temps. L'appréciation attachée à un aliment peut évoluer au cours de la vie: elle est modifiée et actualisée à chaque consommation, en fonction du contexte affectif, social et culturel, des informations données sur l'aliment, de l'état du mangeur. »*

Les classes du goût permettent l'éveil sensoriel. Les enfants sont aussi acteurs, mettent la main à la pâte et découvrent l'univers des aliments sous un jour nouveau, leur histoire, leur chimie. Ainsi vivent-ils le plaisir de la découverte et deviennent-ils des consommateurs plus avertis, et, en famille, des interlocuteurs écoutés.

DES MESSAGES DESTINÉS AUX ENFANTS

Parce qu'au supermarché ce sont bien souvent les enfants qui choisissent leurs produits, les industriels agroalimentaires s'efforcent de les séduire ; approche qui ne doit pas exclure une information de qualité. Par exemple, la société Kellogg's a développé sur ses paquets de céréales des informations diététiques destinées aux enfants : équation du petit déjeuner magique, leçons de santé sous forme de quizz, de rébus, de BD ou de jeux des sept erreurs.

Elle a également développé, avec des spécialistes de la nutrition infantile, un cédérom éducatif où, guidés par les mascottes de la marque, les enfants découvrent une île extraordinaire pleine de conseils, de jeux et d'informations sur l'alimentation. Les parents ne doivent pas être exclus des informations nutritionnelles

« Cet enfant que nous restons tout de même à différents moments de notre existence ne peut et ne doit être entaché par des actes négatifs émanant d'autrui au point de détruire toute chance d'humanisme. La liberté d'action se situe dans l'équilibre de son propre fonctionnement et ceux des autres. »

Rodolf-Karel CANOY

concernant les enfants. Une étude européenne montre que les parents jouent un rôle fondamental dans la construction de l'équilibre nutritionnel de leurs enfants. Il ressort de cette enquête que les parents dont les enfants ont un poids normal exercent un contrôle plus important de l'alimentation de leur progéniture que ceux dont les enfants présentent un excès de poids. Il est à noter que les Français « sont plus réalistes quant à la corpulence de leurs enfants que les autres Européens ». Les ados français eux-mêmes ont conscience qu'ils doivent maigrir. Ils connaissent les règles de l'équilibre nutritionnel mais ne les mettent pas en pratique. Enfin, ils retiennent surtout les caractéristiques négatives des aliments: « sans », « allégé », « faible » ... Peut-être faudrait-il remettre du plaisir dans l'alimentation, même « appauvrie » de ces enfants en surpoids ?

Annie Thiébart

Perte de poids : la chirurgie bariatrique

Simultanément à la progression de l'épidémie d'obésité, le recours à la chirurgie bariatrique est devenu plus fréquent. On dispose aujourd'hui d'un recul suffisant pour évaluer le retentissement de ce traitement sur l'évolution pondérale, sur les comorbidités de l'obésité et aussi sur le comportement alimentaire des patients.

Les résultats de la chirurgie bariatrique à long terme sont difficiles à apprécier du fait de l'hétérogénéité des études.

La métaanalyse américaine de Buchwald fournit néanmoins des données intéressantes.

Premier enseignement, la chirurgie bariatrique est efficace sur le principal critère - à savoir la perte de poids; les patients perdent 39 kg en moyenne - ce qui correspond à une perte d'excès de poids (PEP) de 61,2 %.

Le deuxième enseignement est qu'elle est efficace sur l'amélioration des comorbidités : le diabète est amélioré ou guéri dans 86 % des cas ; l'hyperlipidémie est améliorée chez plus de 70% des patients; et l'hypertension est améliorée ou guérie dans 78,5 % ; les apnées obstructives du sommeil disparaissent dans 85,7% des cas.

La Swedish Obese Subjects Study, récemment publiée, a le mérite d'avoir assuré un suivi de dix ans et d'avoir analysé un grand nombre d'items. Elle comparait un groupe de 641 obèses opérés, suivis pendant dix ans, à un groupe de 627 sujets témoins d'âge et de corpulence similaires (au début de l'étude). Au bout des dix ans, les patients non opérés (du groupe témoin) avaient augmenté leur poids de 1,6 % et leur tour de taille de 2,8 %, alors que les patients ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale avaient réduit leur poids de 16,1 % et leur tour de taille de 10,1 % ($p < 0,001$). Il y avait significativement moins de diabètes, d'hypertriglycériémies, d'hypoHDLémies, d'hypertensions et d'hyperuricémies dans le groupe opéré que dans le groupe témoin. Les prises alimentaires étaient moindres dans le groupe opéré et l'activité physique plus importante.

L'amélioration des troubles psychologiques :

Qu'en est-il des troubles anxieux et dépressifs qui accompagnent souvent l'obésité ? Comme l'a souligné Michèle Le Barzic (psychologue clinicienne), deux ans après

l'intervention, les patients opérés ont des scores d'anxiété et de dépression améliorés. « *Il semble bien que l'anxiété, la dépression, la perte de l'estime de soi, les obsessions alimentaires et. les "binge eating disorders" (BED) soient les conséquences de l'obésité et non pas de ses causes* », estime Michèle Le Barzic qui rapporte les résultats d'un travail effectué à l'Hôtel-Dieu.

Entre 1998 et 2005, 150 patients ont été suivis au plan psychologique en vue d'une chirurgie bariatrique, 103 ont été opérés (85 % de gastroplasties, 15 % de by-pass). Une nouvelle évaluation était faite à un an et à deux ans après l'intervention. Pour être candidat à l'intervention, les patients devaient remplir les critères suivants : maturité psychique correcte, bon étayage social, absence de dépression franche ou de psychose, absence de troubles du comportement alimentaire sérieux, suivi hygiénodietétique d'un an avant l'intervention, l'adhésion à un groupe de parole. A deux ans, les deux tiers des patients étaient encore dans le protocole ; un seul était décédé et des problèmes post-opératoires avaient été signalés chez 37 %. Les auteurs de ce travail ont noté: la disparition totale des 25 % de BED retrouvés avant l'intervention ; une diminution franche des compulsions (31,8 % avant, 2,2 % à un an et 6,8 % à deux ans) et la disparition des 11 % d'hyperphagies.

Ces résultats à deux ans sont bons. Toutefois, la lecture de la littérature montre qu'une reprise (partielle) de poids à moyen terme entraîne souvent une désillusion du patient; le succès à long terme dépend donc de la capacité du patient à admettre un compromis avec le réel. « *Les patients qui avaient une attente magique vis-à-vis de l'intervention sont déçus et reprennent leurs compulsions*, confirme Michèle Le Barzic. *Les résultats sont meilleurs chez les patients hyperphages que chez ceux avec des habitudes de grignotage et des compulsions. Quant à la boulimie, elle représente une con/re-indication à l'intervention, avec un risque non négligeable de passage à l'anorexie. Une évaluation précise de l'état psychologique est donc très importante avant de prendre la décision d'opérer: Dans contexte, les groupes de parole sont indispensables pour préparer les patients* »

Docteur Denise Caro

Au début des années 1980, on croyait tout savoir du calcium et de la vitamine D, si intimement liés physiologiquement. Aujourd'hui, connaissons-nous vraiment leur rôle exact dans la prévention des cancers?

Le rôle de la vitamine D a d'abord été évoqué par l'observation de l'effet potentiellement bénéfique des rayons UV (dont dépend la synthèse endogène de la vitamine D) dans la prévention des cancers. En effet, différentes études ont établi un lien entre la situation géographique nord/sud, la latitude, l'exposition solaire et la réduction du risque d'apparition de nombreux cancers, à l'exclusion des cancers cutanés, buccaux et pharyngés.

Diverses études de cohortes et cas contrôle ont tenté alors de démontrer l'effet protecteur de la vitamine D contre de nombreux cancers, et en particulier contre le cancer colo-rectal. Les résultats obtenus se sont révélés décevants, en montrant au mieux une légère diminution du risque de ce type de cancer en cas de consommation élevée de calcium et/ou de vitamine D.

Mais l'absence d'information sur la prise éventuelle de nutriments réputés carcinogènes (graisses saturées par exemple) ou au contraire de substances carcinoprotectrices (comme les Aïns) pouvait expliquer la discordance des résultats.

Un action conjointe :

Le rôle protecteur du calcium et de la vitamine D a été, toutefois, clairement suggéré par une métaanalyse évaluant les habitudes alimentaires d'environ 535 000 individus sur un suivi de six à seize ans. En effet, une relation dose-dépendante a été mise en évidence entre la consommation de lait et la diminution du risque de cancer colo-rectal (risque réduit de 15 % chez les plus gros consommateurs par rapport aux faibles buveurs de lait).

C'est dans le groupe ayant la plus importante consommation de calcium et de vitamine D que l'on a cependant noté la plus forte réduction de ce risque (26 %). Ces résultats laissent supposer que la vitamine D et le calcium agissent conjointement en terme de protection vis-à-vis des cancers.

Alors que le rôle du calcium était soupçonné important (du fait de son implication dans le contrôle de la concentration sérique de la vitamine D et des études menées chez l'animal), certains auteurs ont tenté de montrer une association entre vitamine D et cancer colo-rectal, en mesurant notamment les taux sériques de l'un de ses métabolites, la 25-hydroxyvitamine D, meilleur reflet de l'apport. exogène et de la synthèse endogène.

Les résultats obtenus ont été discordants. En revanche, des taux sériques élevés de 25-hydroxyvitamine D ont été associés à réduction de 29 % du risque de récurrence de polyadénomes coliques dans le cadre d'un essai mené en double aveugle *versus* placebo (environ 1000 sujets), mais uniquement chez les patients supplémentés en calcium.

Dans une autre étude prospective multicentrique, l'apport. de calcium seul n'a montré aucune différence *versus* placebo dans la récurrence d'adénomes sur un suivi de trois ans.

Une étude ayant mis en évidence, auprès d'environ 11 000 patients, une réduction de 30 % de la mortalité pour les cancers diagnostiqués pendant l'été (sein, côlon, prostate) a permis de suggérer, par ailleurs, un effet bénéfique sur le pronostic d'un probable haut niveau sérique de 25-hydroxyvitamine D au moment du diagnostic.

Les hypothèses psysiopathologiques :

Les mécanismes impliquant le calcium et la vitamine D dans la genèse des cancers ont été essentiellement étudiés dans le cas du cancer colo-rectal. L'observation, sur des échantillons cellulaires, d'un ralentissement de la prolifération des cellules mises en présence de concentration élevée de calcium et de vitamine D, a permis d'avancer certaines hypothèses mettant en jeu l'expression de différents gènes.

La 1,25-dihydroxyvitamine D, véritable forme active de la vitamine D, favoriserait le maintien d'un haut degré de différenciation des cellules, tout en inhibant leur multiplication, grâce à l'induction de gènes impliqués dans son contrôle.

De plus, elle favoriserait l'expression de gènes gouvernant l'apoptose des cellules anormales.

D'autres travaux, menés chez l'animal. ont

également contribué à mieux appréhender l'activité antitumorale du calcium et de la vitamine D. On a ainsi montré la disparition, sous supplémentation calcique ou vitaminique D, du risque accru de tumeur intestinale induit chez des rats par l'administration d'une substance carcinogène intestinale et un régime riche en graisse. A l'inverse, un déficit en vitamine D abolit la protection exercée par l'apport calcique.

Une autre étude réalisée chez des souris, présentant une mutation du gène suppresseur de tumeurs coliques et développant donc rapidement un cancer colique, a montré au bout de dix semaines une nette réduction de la surface globale des tumeurs sous traitement par 1,25-dihydroxyvitamine D ou par un analogue synthétique de la vitamine D3. Les souris recevaient par ailleurs un régime riche en vitamine D et en calcium.

Récepteurs et génotypes :

Pour compléter ces données, de récents travaux ont cherché à évaluer l'importance du génotype des récepteurs à la vitamine D, retrouvés dans de nombreux tissus. Les résultats obtenus laissent supposer que des apports élevés de calcium réduisent le risque de cancer colo-rectal d'autant plus intensément que le génotype Bsm1 est présent, au moins de façon hétérozygote. Cette réduction est plus facilement objectivable en cas de protection non concomitante par Ains.

La présence de l'allèle F du gène Fok1 du récepteur à la vitamine D serait, quant à lui, associé à une augmentation du risque de cancer colo-rectal. L'absence de cet allèle chez les Asiatiques expliquerait la faible incidence de ce cancer dans cette population.

Des études récentes suggèrent également une action du calcium sur la prolifération et la différenciation cellulaires par le biais d'un récepteur sensible au calcium (CaSR), situé physiologiquement sur les cellules des parathyroïdes et retrouvé à la surface des cellules coliques normales et cancéreuses. Les cellules coliques acquièrent l'expression de ce récepteur lors de leur migration et de leur différenciation vers le sommet des cryptes intestinales.

La perte de ce dernier est associée à une différenciation anormale et à une progression vers

la malignité. L'effet protecteur du calcium ionisé (Ca⁺⁺) et de la 1,25-dihydroxyvitamine D serait lié à ce récepteur CaSR dont ils stimulent l'expression et dont l'activation régule la prolifération et la différenciation cellulaire.

Par ailleurs, la vitamine D contrôlerait la régulation de nombreux gènes soit proto-oncogènes, soit suppresseurs de tumeurs, ainsi que celle des gradients de calcium intracellulaire en augmentant l'expression du récepteur CaSR.

Comme pour les différents génotypes du récepteur à la vitamine D, les variations du gène du CaSR expliqueraient les différents effets observés selon les individus sur la protection ou l'absence de protection vis-à-vis de certains cancers.

« N'oublions jamais que notre deuxième besoin vital concernant le manger est le fonctionnement basique et incontournable de ma propre vie »

Rodolf-Karel CANOY

Au total, l'ensemble des données épidémiologiques, expérimentales et physiopathologiques actuellement disponibles accréditent un effet protecteur du calcium et/ou de la vitamine D contre certains cancers, du moins chez certains sujets.

La rencontre simultanée de trois facteurs semble toutefois nécessaire, à savoir un climat ensoleillé, une alimentation riche en calcium et un terrain génétique favorable.

Docteur Christine Grangéas

Les conclusions de la FDA :

Dans ses conclusions, la FDA n'a reconnu aucun bénéfice de la supplémentation en calcium sur les cancers du sein et de la prostate. Pour le cancer colo-rectal (sans doute le mieux étudié], elle a conclu à un faible niveau de relation entre supplémentation calcique et ce type de cancer. Enfin, concernant la récurrence des polypes rectaux, elle reconnaît un niveau, néanmoins bas, de conviction entre supplémentation calcique et prévention des polyadénomes.



Les prochaines réunions :

Les réunions ont lieu le troisième mercredi du mois
(sauf en Juillet et Août) à 20h30, Salle Sportive et Culturelle de Naveil,
Rue du Stade, Salle de Réunions des Associations, derrière la Mairie de Naveil.

Si vous souhaitez participer à l'une des réunions, veuillez en faire la demande par le biais du menu "contact". Vous recevrez une confirmation par courrier électronique. Par avance, Merci.

*Sous réserve de changements de dernières minutes.
(Impossibilité de vous joindre rapidement au dernier moment)
Veuillez nous en excuser par avance*

- Le 17 Janvier 2007** **Les réflexes posturaux et dynamiques par Nicolas FONTAINE**
- Le 21 Février 2007** **Reiki et Intérêts dans l'exploration des pathologies
par Madame Élisabeth D'ARCANGUES**
- Le 21 Mars 2007** **Phytothérapie et Dépression par Monsieur RAGOT**
- Le 18 Avril 2007** **Pathologies Ostéo-dentaires et Métaux lourds
par Monsieur DUTILLEUL**
- Le 16 Mai 2007** **Stimulation neuromusculaire
Par Stéphane ROBINET et Philippe BORTOLUSSI
+ Préparation du colloque national**
- Le 20 Juin 2007** **La fibromyalgie en 2007. Où en sommes-nous ?
Par le Professeur Francis BLOTMAN
du Centre hospitalier Universitaire de Montpellier
Centre de conférence à TOURS (37)**
- Le 19 Septembre 2007** **Cas d'hypnose par Monsieur DEBUSSEROLLES**
- Le 18 Octobre 2007** **Massages aux Huiles essentielles
par carpe DIEM**
- Le 21 Novembre 2007** **Un cas d'acupuncture par Monsieur Jean-Jacques BOBINEAU**
- Le 19 Décembre 2007** **Assemblée Générale**



Les membres du bureau E.D. C.A.S. :

PRÉSIDENT

Médecin Généraliste, Représentant National et International de l'association

Docteur Pierre BULLE
Pierre.Bulle@wanadoo.fr

RESPONSABLE DE LA COMMUNICATION

Expert Psychologue, Psychothérapeute et Psychologue du travail

Rodolf-Karel CANOY
canoy.expertpsy41@wanadoo.fr

ORGANISATIONS RÉGIONALES

Monique LATRON
M.LATRON@wanadoo.fr

Madeline BEZANNIER
Écrire à : 7 Rue Creuse, 41120 CHAILLES

CHIRURGIEN-DENTISTE

Docteur GIUMELLI
contact (Précisez la personne)

KINÉSITHÉRAPEUTES

Association pour le développement de l'hypnose

Jean-Michel de BUSSEROLLES

contact (Précisez la personne)

Exerçant sur Naveil (41)

Christelle POUDRAI-SASSIER

contact (Précisez la personne)

KINÉSITHÉRAPEUTE - OSTHEOPATHE

Frédéric VANPOULLE
frederic.vanpouille@wanadoo.fr

MICROKINESITHERAPEUTE

Éric DE RYCKE
contact (Précisez la personne)

CHIROPRACTEUR-IMMUNOTHERAPEUTE

Stéphane DEPONGE
stephane.deponge@wanadoo.fr

KINÉSIOLOGUES

Olivier MAURIÈS
olivier.mauries@tiscali.fr



REFLEXOLOGIE - DIEN CHAM

David DAGET
Reflexo37@tiscali.fr

EDUCATION KINESTHESIQUE

Nicolas FONTAINE
edu-k@aliceadsl.fr

YOGA - ENERGETIQUE - KINESIOLOGIE

Professeurs diplômés

Annie et Jean-François BREUIL
contact (Précisez la personne)

MAITRE DE REIKI

Membre de l'A.F.M.R
Élisabeth D'ARCANGUES
edarcangues@caramail.com

SOPHROLOGUE - SOMATOTHERAPEUTE

Michel CLEMENT
oscar37@club-internet.fr

OSTEOPATHE

Serge A. WHERLE
osteopathie-nature@wanadoo.fr

CHANT THÉRAPEUTE

Alain DESCHAMPS
contact (Précisez la personne)

ACUPUNCTURE CHINOISE

Jean-Jacques BOBINEAU
bobineau.jean-jacques@wanadoo.fr

TRESORIERE GENERALE

Isabelle LONA
contact (Précisez la personne)

AUTRES MEMBRES

BESNIER Dominique
BOULAY Christine
BROSSILLON Pierre
CHEMINOT Sylvie
FAUCHEREAU Jean
GRIMAL Francine
LAINE Véronique
LEMELLE Mireille
METAIS Lydie
NERON Béatrice
OURY Bernadette
PITAUD Josiane
PONTET Annick
TOULEMONDE Luce
TRICOTET Yves

contact (Précisez la personne)



Numéros disponibles :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
17	Art thérapie et Monitoring	Juin 2001
18	Ondoline, Hydroxneur, Immunothérapie	Octobre 2001
19	Chakras et Dépression	Février 2002
20	Hypnose et Fibromyalgie	Mai 2002
21	Dépression et Suicide	Septembre 2002
22	Mort subite et Tentative de suicide	Décembre 2002
23	Nutribiothérapie, Cancer, Bio et Pollution chimique : Enfants victimes	Mars 2003
24	Dépression et Suicide	Juin 2003
25	Handicaps, Acouphènes, Toxoplasmose, Coups et Blessures, V.I.H., Eaux minérales, Fruits et légumes, Sel, Nutrition	Septembre 2003
26	Harcèlement moral, La dépression peut constituer un accident de travail, Les bienfaits de la « cohérence cardiaque, Ni Freud, ni prozac, L'univers compliqué du light, Schizophrénie, Épisode dépressif majeur, Nutrition	Janvier 2004



Numéros disponibles suite :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
27	L'environnement influence nos gènes, Stress et trouble anxieux, Nutrition, Mort subite, Les acouphènes chroniques	Mars 2004
28	La nutrition : votre santé passe par elle !	Juin 2004
29	Stress et Dépression	Septembre 2004
30	Nos comportements Psychoaffectifs et ses inter-corrélations : Les sentiments	Décembre 2004
31	La dépression des personnes âgées Le stress au travail Le stress chronique épuise l'immunité Dépister les formes trompeuse de la dépression La famille du déprimé : de l'incompréhension à la culpabilité La vulnérabilité des patients déprimés	Mars 2005
32	Allergie alimentaire et Fausses allergies	Juin 2005
33	Stress, Anxiété et Fatigue	Septembre 2005
34	Votre enfant est-il hyperactif ? Narcissisme	Janvier 2006
35	Orgasme Structures et caractères	Avril 2006
36	Synthèse du colloque 2006 : la nutrition , une véritable médecine douce Mode d'emploi pour être sûr de soi Troubles obsessionnels compulsifs chez l'enfant et l'adolescent	Septembre 2006



Numéros disponibles suite et à paraître :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
37	Amoureux et Narcissiques Le père Noël entre rêve et réalité	Décembre 2006
38	Enquêtes : * Surpoids : Mieux pour la tête que le cœur * La flore intestinale impliquée dans l'obésité * Besoins en eau. Cela ne coule pas de source * Les Européens et la sécurité alimentaire * Allergiques : attention aux baisers Les édulcorants ne stimulent pas la prise alimentaire Apprendre à goûter, apprendre à choisir Perte de poids : la chirurgie bariatrique Calcium et vitamine D	Mars 2007
39	En étude	Juin 2007
40	En étude	Septembre 2007
41	En étude	Décembre 2007
42		Mars 2008
43		Juin 2008

Si vous le souhaitez, vous pouvez adhérer à l'Association E.D. C.A.S

*Coupon à couper ou à recopier puis à retourner, avec votre règlement, au :
21 Rue Paul Cézanne 41100 NAVEIL (France)*

Nom et Prénom :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

E-Mail :

Ville :

Pays :

Adhésion 2007

Montant (minimum 40 € ou \$) : ,00 € ou \$ Par chèque En espèces Mandat-Lettre