

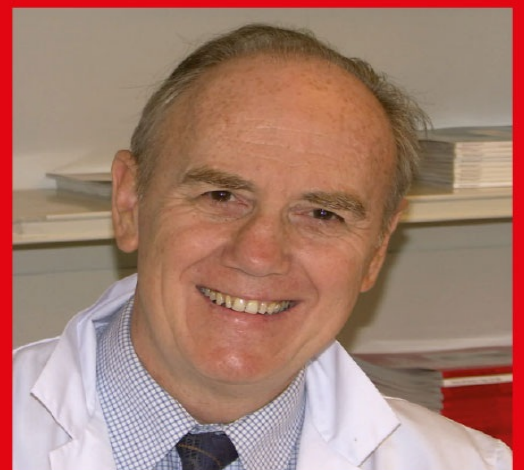
Pr Henri Joyeux
Dr Bérengère Arnal

**COMMENT
ENRAYER
« L'ÉPIDÉMIE »
DES CANCERS
DU SEIN
ET DES
RÉCIDIVES ?**

**...offrez ce livre
à votre médecin !**

Pr. Lucien Israël

 **éditions du
ROCHER**
ÉQUILIBRE



**Comment enrayer
« l'épidémie » des cancers
du sein et des récidives ?**

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction réservés pour tous
pays.

© Éditions du Rocher, 2013
ISBN 978-2-268-07543-3
ISBN epub: 978-2-268-08346-9

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

Les preuves qui accusent les hormones exogènes à la ménopause

Comme vous le verrez clairement dans cette deuxième édition, l'arrêt du THS aux USA a permis en 4 ans de voir régresser de près de 15 % le nombre de nouveaux cas après la ménopause.

Aux USA, un rapport de l'Institut National du Cancer présenté le 14 décembre 2006 au Symposium sur le cancer du sein à San Antonio – Texas, enregistrait déjà **une baisse de 7 % du nombre de cas de cancer du sein en 2003.**

Alors que les chercheurs américains attendaient 200 000 nouveaux cas de cancers en 2003, ils en ont enregistré 14 000 de moins. Tous les registres du cancer sur le territoire américain rapportaient une baisse. Le taux est passé de 134 cas pour 100 000 femmes en 2002 à 124 cas pour 100 000 en 2003. Une étude séparée conduite par l'American Cancer Society a confirmé ces données. L'incidence du cancer du sein a augmenté de 20 % entre 1990 et 1998 aux USA, puis a commencé de diminuer légèrement au delà de l'an 2000 quand les THM de la ménopause ont été réduits à leur plus simple expression.

En juillet 2002, l'étude WHI (Women's Health Initiative Study) a été arrêtée prématurément lorsqu'il s'est avéré que le groupe qui prenait un THM avait plus de cancers du sein et de problèmes cardiovasculaires. Cette étude a donné le signal d'un retournement d'opinion, aussi bien chez les médecins qui, jusqu'ici, encourageaient les femmes à prendre des hormones, que chez les femmes elles-mêmes. En un an, le nombre de femmes américaines prenant un THM a été heureusement divisé par 2.

En France, l'arrêt du THM plus tardif n'a vu régresser le nombre de cas après la ménopause que de 6 %. Cela démontre

bien qu'à la ménopause, autour de 50 ans et au delà, la médecine peut « *construire un cancer du sein en moins de 5 ans* », car c'est le moment de la vie de la femme où ses glandes mammaires ne doivent plus recevoir d'hormones.

Les hormones naturelles fabriquées par les ovaires d'une jeune fille à la puberté sont des facteurs de croissance pour qu'elle construise ses glandes mammaires. À la ménopause, ces mêmes hormones qui portent les mêmes noms et sont apportées artificiellement en plus de la fabrication ovarienne désormais au repos, sont des facteurs de croissance de cancer.

Ces informations scientifiques ne sont pas encore acceptées par la plupart des oncologues qui préfèrent accuser l'angoisse de notre société et celle de leurs patientes. Quant aux laboratoires responsables des inondations hormonales des femmes de plus en plus jeunes, ils acceptent – sans le dire – ce que nous disons, mais cherchent à promouvoir les nouvelles hormones qui seraient sans danger... C'est la reconnaissance implicite des effets délétères de ce qu'ils vendaient avant ces nouvelles molécules, soi-disant sans danger.

Les grands laboratoires se disputent une publicité qui s'efforce de les disculper au maximum. Certains en sont aux bandes dessinées « *pour répondre aux nombreuses questions que vos patientes se posent sur le cancer du sein* ». Le tome I a pour titre : *Diagnostic et intervention chirurgicale* et le II : *Les traitements adjuvants*. N'attendez pas un tome sur la prévention qui serait pourtant le plus utile ! Que leur rapporterait-il ?

L'étude publiée en 2008 dans *Bulletin du cancer*¹ est passée relativement inaperçue. Elle concerne la baisse de l'incidence du cancer du sein en 2005 et 2006 en France.

Entre 2000 et 2004, la croissance annuelle moyenne du taux d'incidence du cancer du sein était de + 2,1 %.

Elle était de -4,3 % entre 2004 et 2005, et plus particulièrement de 6 % pour les femmes de plus de 50 ans ; et de -3,3 % entre 2005 et 2006, dont -5,3 % pour les femmes de plus de 50 ans. Il est rappelé qu'entre 2000 et 2006, on a pu observer une baisse de 62 % des THM, alors qu'on notait une augmentation du dépistage mammographique de + 335 %. Les auteurs concluent que la baisse de l'incidence en période de déploiement du dépistage (du fait de la campagne nationale de dépistage systématique chez les femmes entre 50 et 74 ans) est paradoxale et que la diminution massive et simultanée des THM est la seule modification majeure de l'environnement pouvant expliquer cette évolution.

Voilà donc une preuve de plus qui justifie tout ce que nous publions depuis 25 ans quant à la nocivité du THM ou THS.

Avec des consommations d'hormones dès l'âge de 14-15 ans, pour contraception, acné, règles irrégulières..., on voit aujourd'hui malheureusement de plus en plus souvent des cancers du sein à 25 ans dont la gravité n'est pas dite. Mais qui ose le dire dans l'Éducation Nationale – laquelle distribue souvent des échantillons des laboratoires comme le planning familial – ou dans la grande presse ? Les informations sur ce sujet sont en général données au compte-goutte et dans des caractères illisibles, toujours écrits en caractères minuscules.

Les surdosages de la pilule (10 à 50 fois pour les œstrogènes et 10 à 100 fois pour la progestérone) prennent le dessus par rapport aux fabrications hormonales physiologiques des ovaires qui se mettent au repos le plus souvent complètement. Les seins sont alors soumis prioritairement aux hormones exogènes, artificielles qui sont dangereuses pour le sein puisque toujours en surdosage par rapport aux sécrétions hormonales naturelles.

La croissance des seins terminée, les apports excessifs qu'ils ont reçus ne peuvent que stimuler, à plus ou moins long terme,

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

11. Ces toutes jeunes filles dont on bloque le cycle... y a-t-il des dangers pour leur avenir ?

Quel homéopathe, quel phytothérapeute n'a pas reçu de très jeunes filles à peine pubères, que des gynécologues ont mises sous pilule œstroprogestative ou progestatifs, pour des douleurs de règles ou une acné, voire même pour des troubles des règles ? Cette dernière indication est un comble, quand on sait qu'il faut 2 à 3 ans pour que le cycle ovarien se mette en place, et ce dans le cadre d'un bon équilibre général, physique et psychologique. En dehors des acnés défigurantes, dont l'impact émotionnel peut être tout à fait redoutable, il apparaît prioritaire de tenter des traitements naturels avant de se résoudre à déclencher l'artillerie lourde des hormones de synthèse. En premier, le changement des habitudes alimentaires en supprimant tous les produits laitiers, à remplacer par des fruits et des légumes frais et de saison.

Malheureusement, la formation des jeunes gynécologues est insuffisante quant aux dangers des prescriptions hormonales artificielles à un si jeune âge, comme à l'efficacité des changements d'habitudes alimentaires.

De plus, la plupart sont dans l'incapacité de prescrire des thérapeutiques alternatives.

12. Des pilules préhistoriques pour nos étudiantes et pour les pays en voie de développement

Sous couvert d'un remboursement par la Sécurité sociale, il est prescrit aux étudiantes ou aux femmes démunies des ex-« minipilules » remboursées, dont la plus récente a été formulée il y a 21 ans ! Rappelons que certaines mutuelles ont récemment fait l'effort de rembourser des pilules de dernière

génération (3^e) ; il suffit d'envoyer l'ordonnance et la facture du pharmacien. Nous verrons quel choix faire et comment accompagner la prise de ces pilules de traitements naturels pour en améliorer le métabolisme et compenser les carences liées à leur prise au quotidien.

13. Pilule œstro-progestative, traitement hormonal de ménopause, progestatifs, même combat !

« *Pas de lien avec le cancer du sein* », disent les gynécologues allopathes ou si peu... Mais alors, reprenons les termes d'un certain nombre de patientes sous le choc de la découverte d'un cancer du sein : « *mais s'il n'y a pas de lien, pourquoi m'avoir aussitôt demandé de stopper ma pilule ou mon traitement hormonal de ménopause, avec interdiction définitive de le reprendre ?* »

14. Comment faisaient nos grands-mères quand elles avaient des bouffées de chaleur récalcitrantes ? La phytothérapie efficace

« *Elles supportaient tout, comme elles supportaient les douleurs de l'accouchement !* », a répondu un gynécologue, ténor parisien. Véri dique, c'était sur France 2, un matin. J'étais au téléphone en direct pendant l'émission, pour parler de phytothérapie et manifestement mes propos sur le traitement hormonal de la ménopause et le cancer du sein gênaient, puisque j'ai quasiment été coupée en milieu de phrase. Sur le bureau de la présentatrice très médiatisée, étaient posées des boîtes d'œstrogènes et de progestatifs de synthèse, à la gloire du THS à la française, bien moins dangereux que les autres ! Pour en

revenir aux bouffées de chaleur de nos ancêtres, qui d'entre nous ignore les vertus bénéfiques de *Salvia officinalis*, la sauge, plante salvatrice !

15. Ce qu'on aimerait ne plus jamais voir...

Une patiente de 50 ans et demi, dont la sœur a eu un cancer du sein à 48 ans, fume plus de 10 cigarettes par jour. On lui a refusé une mammographie annuelle, on ne prescrit pas de façon régulière de bilan biologique et on vient de lui renouveler après 20 ans de prise, sans même avoir fait un bilan hormonal de ménopause, une pilule œstro-progestative remboursée par la Sécurité sociale, for mulée en 1975, donc beaucoup trop dosée ! Double risque majeur de cancer du sein et d'accident cardio-vasculaire.

16. Une pensée émue pour l'exceptionnel courage d'Agnès

Agnès, non-fumeur, avait 40 ans. Du fait du cumul d'une vie professionnelle stressante – elle était psychomotricienne – et de la prise d'un progestatif de synthèse à doses contraceptives, donc fortes, elle fait un accident cardio-vasculaire gravissime, une thrombose du tronc basilaire (vaisseau principal du tronc cérébral au-dessous du cerveau). Elle est depuis 13 années en fauteuil roulant, tétraplégique.

Son seul lien avec le monde extérieur, sa seule chance est l'usage récupéré d'une partie de sa main droite qui lui permet de communiquer avec nous par Internet. Quelle richesse des échanges avec cette femme qui a gardé toute sa tête...

Agnès a récemment renoncé à continuer à poursuivre en justice le laboratoire commercialisant le progestatif de synthèse qu'elle prenait lors de son accident.

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

cancer, d'abord très localisé, il est dit « **in situ** », puis dès qu'il traverse la barrière du canal ou du lobule, il devient « **infiltrant** ». On parle de cancer « canalaire » ou « lobulaire » in situ, donc au stade 0, ou infiltrant (quand il y a début d'infiltration du canal ou du lobule) au stade I.

Le cancer se développe le plus souvent à partir d'un canal galactophore. Il s'agit alors d'un cancer dit « canalaire ». Quand il se développe au niveau du lobule, il est dit « lobulaire ».

On isole 5 stades de développement successifs

Les 2 premiers stades sont pré-cancéreux, capables de se transformer en cancer.

1. Hyperplasie réactionnelle : superposition de cellules normales dans le canal.

2. Hyperplasie atypique dans le canal.

3. Cancer « canalaire ou lobulaire in situ » dans le canal ou le lobule = **cancer au stade zéro.**

4. Cancer « canalaire ou lobulaire infiltrant » qui a traversé la barrière du canal ou du lobule.

5. Cancer avec métastases : locales (dans le sein ou au niveau de la peau du sein, régionales (dans les ganglions de l'aisselle), générales (au niveau des os, du foie, des poumons, du cerveau...))

Développement du cancer du sein : au début dans la glande mammaire, puis risques, d'abord, d'atteintes des ganglions régionaux dans l'aisselle¹ et plus tard risques de métastases (os, foie, poumon, cerveau...)

On divise artificiellement le sein en 4 quadrants, 2

supérieurs, dont un interne et l'autre externe ; et 2 inférieurs, dont un interne et un externe.

Le cancer est d'abord localisé au sein, puis se développe vers « sa région », la zone de drainage lymphatique du sein constituée des ganglions de l'aisselle ou des ganglions situés derrière le sternum du côté du sein atteint (ils sont dits « *mammaires internes* »).

Les ganglions de l'aisselle, dits « *axillaires* » sont nombreux, autour d'une vingtaine, les plus nombreux étant situés autour des vaisseaux de l'aisselle, artère et veines. Ils drainent la lymphe de la moitié externe du sein. Ceux qui sont au dessous des vaisseaux axillaires, dont le ganglion « sentinelle » sont contrôlés (prélevés) dans l'opération classique dite *curage axillaire* pour cancer du sein. Ceux au dessus des vaisseaux axillaires sont rarement atteints et sont donc en général conservés.

Les ganglions dits « *mammaires internes* » drainent la lymphe de la moitié interne du sein. Ils ne sont plus enlevés chirurgicalement, ou seulement exceptionnellement – mais irradiés (champ mammaire interne) quand le cancer se développe dans les quadrants internes du sein.

Le cancer est souvent à la fois canalaire et lobulaire

Plus la femme est atteinte à un âge avancé, plus l'évolution du cancer est lente. La cancérisation du sein est favorisée par le vieillissement et se soigne alors sans traitements lourds.

Le temps de surveillance s'étale sur au moins 25 ans, car des risques de récurrences du même cancer ont été observés très tard, jusqu'à la 27^e année après le diagnostic de la

première lésion.

1. Il est possible de voir des lésions cancéreuses dans le sein, si petites qu'elles sont indétectables, et pourtant les ganglions sont atteints. Le pronostic est identique aux cas où la lésion dans le sein est détectable. C'est parfois quelques années plus tard que « sort » la lésion dans le sein qui devient détectable.

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

claires ») et/ou d'anomalies congénitales urinaires ou génitales, visibles à la naissance chez filles et garçons + risques cancers du sein, des ovaires, du rein à l'âge adulte.

C'est le temps de l'initiation temps T qui fait passer un message au niveau du noyau de la cellule destinée à la formation du système génital, du futur petit garçon ou de la future petite fille.

Préconisé très largement dans les années 1960-1970 aux USA et jusqu'en 1977 en France, ce médicament a dû être abandonné, considéré comme un « poison cancérigène et tératogène »¹ pour l'enfant mais aussi pour la mère.

En effet, les enfants filles comme garçons présentaient des modifications des organes génitaux à l'origine de stérilité et, plus rarement (une fois pour 1000 enfants exposés) survient entre 7 et 25 ans un cancer du vagin dit « *à cellules claires* » dont l'évolution est grave si le diagnostic et le traitement ne sont pas précoces. Il n'est pas exclu que les garçons soient atteints de cancer du testicule et même de cancer du rein plus tard.

Des risques aussi pour la mère

L'initiation a lieu pendant la grossesse au niveau du tissu du sein, des ovaires, de l'utérus.

Elle touche aussi le système génital, utérus, ovaires et en plus les glandes mammaires.

Le temps de promotion est le plus souvent plus long pour la mère que pour l'enfant.

D'autres facteurs se surajoutent : les autres consommations hormonales, les mauvaises habitudes alimentaires, les diverses pollutions...

Chez l'homme, le Distilbène est encore prescrit dans le traitement du cancer de la prostate. Ce traitement est à l'origine de la poussée des glandes mammaires chez l'homme, dénommée « *gynécomastie* » qui peut se transformer en cancer du sein.

1. Nous l'avons largement traité dans notre livre « *Femmes si vous saviez – des hormones de la puberté à la ménopause* » Éd. F.-X. de Guibert, 2009, à la question 32, pp. 138-142, selon l'Association Réseau DES France, 44 rue Popincourt, 75011 PARIS, tél/fax 01 40 21 95 13, 160 000 enfants auraient été exposés en France.

1. C'est-à-dire à l'origine d'anomalies congénitales d'origine non génétique. D'autres médicaments pris pendant la grossesse ou autour de la grossesse, en particulier au cours du premier trimestre sont suspectés d'être responsables d'« anomalies de naissance » qui ne sont pas génétiques, donc non-liées à un gène : naissance sans thyroïde, surdité, anomalies oculaires graves ou dentaires ou du voile du palais, naissance sans bras due à la Thalidomide qui provoquait aussi des anomalies cardiaques...

**CE QUE LES FEMMES SAVENT SUR LES
CAUSES
DU CANCER DU SEIN
1 FEMME SUR 8 ATTEINTE DE CANCER
DU SEIN
– 2 ENQUÊTES –**

1. Enquête TNS Sofres de décembre 2005 : facteurs de risque connus ou imaginés de cancer du sein : 5 échantillons (France, Angleterre, Italie, Espagne, Allemagne) de 1 000 personnes de plus de 15 ans (en % les réponses)

- Soleil 71 % **faux et démontré**
- Tabac 70 % **vrai en partie et démontré**
- Stress 51 % **vrai du fait des traitements contre la déprime, le stress...**
- Pollution 48 % **vrai en partie, en cours de démonstration**
- Pilules 46 % **vrai, fortement démontré, mais non-dit**
- Alcool 45 % **vrai en partie et démontré**
- Pesticides 43 % **vrai en partie et en cours de démonstration**
- Le THS **vrai et fortement démontré**

Pourquoi la Ligue contre le Cancer en dit le moins possible, insistant sur :

- consommation de tabac = 27 % des femmes
- consommation d'alcool = 4 % des femmes
- elle ne parle, curieusement, jamais d'hormones, alors que le CIRC de Lyon a affirmé en 2005, que les pilules œstro-

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

LE CANCER DU SEIN EN CHINE ET AU JAPON

Le cancer du sein en Chine¹

L'augmentation de l'incidence est de 1 % par an. Chez nous, elle atteint 3 %.

La mammographie diagnostique 50 % de cancers cliniquement impalpables. Elle raccourcit de 18 mois le délai au diagnostic pour les femmes entre 40 et 49 ans et de 3 ans pour celles de plus de 50 ans.

L'âge moyen est plus précoce que dans les pays occidentaux, d'où la nécessité de dépister avant 40 ans avec l'échographie et l'IRM, car la mammographie est peu contributive avant la ménopause. La densité mammaire empêche de bien visualiser l'intérieur de la glande mammaire qui est moins « transparente » qu'à la ménopause. Multiplier les mammographies entre 20 et 40 ans est une erreur car l'accumulation des radiations induites par les mammographies successives n'est pas sans danger pour le sein.

Le cancer du sein au Japon

Une femme sur 20 est atteinte, contre 1 sur 8 en France.

Le nombre de nouvelles femmes atteintes est de 40 000 par an.

La contraception et le THS sont très peu utilisés, malgré une forte campagne publicitaire des laboratoires pharmaceutiques.

Les Japonaises s'inquiètent et considèrent qu'elles se rapprochent trop vite des chiffres européens. Le cancer du sein au Japon touche environ 40 000 nouveaux cas chaque année. Le cancer du sein touche actuellement une femme sur 20

Trois raisons sont avancées pour expliquer cette augmentation :

1. Une occidentalisation de l'alimentation ; il y a même un MacDo à l'aéroport de Tokyo dans l'enceinte de l'aéroport.

2. Les problèmes environnementaux (les xéno-œstrogènes industriels et l'introduction de la pilule œstro-progestative en 1999. Elle n'est consommée actuellement que par environ 10 % des femmes susceptibles de la prendre (la cible atteint 20 millions de femmes).

3. Très peu de femmes prennent un THS au Japon (moins de 5 % des femmes ménopausées).

Cependant, il reste interdit de dire du mal des hormones au Japon, car pour les médias (et plus encore pour les laboratoires), elles représentent une avancée pour les femmes.

Le dépistage systématique au Japon par la mammographie touche 4,1 % des femmes (pour le Ministère de la santé, 16 %) ; elles reçoivent une invitation à participer à une loterie : si elles gagnent, la mammographie leur sera accessible et gratuite.

Les objectifs de l'association *Au sein des femmes*, au Japon, sont de donner des informations pour la santé et la médecine des femmes en général.

Il n'y a pas de gynécologue en ville (si on a un rhume, on va à l'hôpital), donc les femmes ne sont pratiquement pas

surveillées par frottis régulier, aucune information ne leur donnée au sujet des frottis, ni sur le cancer du col de l'utérus et sa relation avec le papilloma virus, ni sur le fait qu'il existe un vaccin efficace.

La pilule au Japon est très peu dosée (15 microgr d'EE) et ne peut être comparée qu'à certaines pilules en France. Seuls le Japon et la Corée du nord n'autorisent pas le vaccin contre le cancer du col utérin. L'association va militer pour... Les femmes ne pratiquant pas de frottis, il vaut mieux autoriser le vaccin...

Les médecins japonais sont plus habitués que les médecins américains à appréhender la globalité de la femme.

Mais peu de relais existent entre les femmes et les médecins. Aux USA, les femmes posent des questions aux médecins. Au Japon, les femmes pensent qu'il est interdit de poser des questions aux médecins.

Il est donc important de faire comprendre qu'il est possible de construire une relation patiente-médecin différente.

1. Wang Shen-Ming : Concerns on diagnosis and treatment of breast cancer in China. Chinese Medical Journal 2007 ; 120 (20) : 1741-2.

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

l'intestin. La synthèse des membranes biologiques dans toutes les cellules nécessite du cholestérol. L'apport alimentaire représente 25 à 40 % du cholestérol circulant. Le minimum nécessaire chaque jour pour la fabrication des hormones stéroïdes (sexuelles, et aussi les stéroïdes qui jouent un rôle dans le stress et la régulation du métabolisme des sucres²) correspond à la consommation d'un jaune d'œuf par jour 5 jours par semaine³.

Les œstrogènes sont responsables en premier de la construction des glandes mammaires, avec les canaux galactophores, et de leur entretien pendant le cycle mensuel.

La progestérone est l'hormone de la grossesse, nécessaire à la fécondation, à la nidation de l'ovule fécondé par le spermatozoïde et à la construction de l'embryon, puis du fœtus jusqu'à l'enfant à naître.

Dès le 2^e mois de grossesse, le placenta¹ supplée les ovaires en fabriquant les 2 hormones stéroïdes de la femme.

Pendant la grossesse, dès la 10^e semaine, le placenta commence à fabriquer sa propre hormone de croissance (PGH ou Hormone de croissance placentaire). Cette hormone (découverte à Liège) provoque une augmentation de l'IGF1, lequel, par rétrocontrôle, freine la sécrétion d'hormone de croissance de l'hypophyse qui se tarit...

Après l'accouchement, on observe la croissance des acini du sein : les culs de sac glandulaires sont formés de cellules sécrétrices qui préparent la lactation.

L'association œstrogènes-progestérone est le stimulant le plus fort des divisions cellulaires, tant pour des cellules normales en culture que pour des cellules cancéreuses mammaires, in vitro et in vivo chez l'animal.

1. Clarker RB et coll. Stéroïd receptors in human breast cancer. Trends Endocrinol. Metabol., 2004, 15 (7), 316- 323, Jacobson et coll. Expression profiling of human Breast Cancers and Gene Regulation by Progesterone Receptors. J. Mammary Gland Biol. Neoplasia, 2003, 8 (3), 257-268.

2. Corticostéroïdes qui sont dosés sous forme de cortisol dans le sang. Le cortisol fabriqué par les glandes surrénales suite à un stress, fait monter le taux du sucre dans le sang (glycémie) qui, brutalement, a un plus grand besoin de calories glucidiques pour faire face à l'agression.

3. **Les « végétaliens »** qui ne consomment pas de produits animaux, ni viandes, ni poissons, ni œufs, ni laitages, sont fortement carencés en cholestérol et en hormones sexuelles et du stress. Les études épidémiologiques ont démontré qu'ils vivent moins longtemps que **les « végétariens »**, lesquels ont une alimentation à forte orientation végétale, mais consomment des œufs et des laitages.

1. Un des rôles du placenta est de fabriquer des hormones : *la gonadotrophine chorionique (GTch)* et de *la progestérone*, en prenant pour cette dernière le relais des ovaires. La première hormone est dosée dans les urines, ce qui permet le diagnostic de la grossesse. Sa production augmente très vite jusqu'à la 10^e ou 12^e semaine de grossesse. Son taux est un excellent témoin de vitalité de l'embryon. **Cette hormone a un rôle préventif du cancer du sein, en induisant la maturation des lobules mammaires, ce qui réduit leur susceptibilité aux cancers œstrogéno-dépendants.**

Par la suite, le taux de GTch diminue jusqu'au 4^e mois où il reste stable. Le rôle essentiel de cette hormone est de **garder en activité le corps jaune de l'ovaire** indispensable à la survie de l'œuf. *L'hormone lactogène placentaire* a un rôle qui n'est pas

encore bien défini, mais son dosage est un bon indice du bon fonctionnement du placenta. Le placenta fabrique également ***des œstrogènes***. Au début de la grossesse, c'est le corps jaune qui fabrique ces hormones. C'est vers la 7^e ou la 8^e semaine que le placenta prend le relais des ovaires ; il va fabriquer de plus en plus de progestérone et d'œstrogènes, et ce jusqu'à la fin de la grossesse.

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

LA PROGESTÉRONE HORMONE DE L'ÉQUILIBRE DU CYCLE FÉMININ ET DE LA GROSSESSE

Il ne peut y avoir de synthèse de progestérone s'il n'y a pas eu auparavant une sécrétion satisfaisante d'œstrogènes.

La progestérone naturelle est fabriquée par les ovaires pendant la 2^e partie du cycle, au niveau du corps jaune de l'ovaire. Les glandes surrénales en fabriquent également, comme précurseur des autres hormones stéroïdes nécessaires au fonctionnement de l'organisme : œstrogènes, testostérone et corticostéroïdes.

Des cellules nerveuses, dites de Schwann, fabriquent aussi de petites quantités de progestérone pour l'élaboration de la gaine de myéline au niveau du système nerveux central et périphérique.

La progestérone favorise la conversion de l'œstradiol en œstrone et la conversion de l'œstrone en œstrone sulfaté, ce qui le rend moins actif, et il se convertit en estriol moins nocif.

La progestérone régule les récepteurs d'œstrogènes vers le bas, diminuant la concentration du récepteur et empêchant l'activité excessive des œstrogènes.

Les ovaires contiennent des milliers de follicules qui

renferment chacun un ovule immature. Au cours de chaque cycle mensuel, environ 120 follicules sont stimulés dans le but de libérer un ovule, prêt à être utilisé au moment de l'ovulation. Le premier follicule qui libère son ovule subit aussitôt une involution, prend une coloration jaune et commence à sécréter de la progestérone. Le follicule vide appelé *corps jaune* est l'usine qui fabrique la progestérone chez la femme avant une éventuelle grossesse.

Sa synthèse au niveau des ovaires, des surrénales et de certaines cellules nerveuses¹.

Interactions progestérone-œstrogènes : la progestérone régule les récepteurs d'œstrogènes vers le bas.

Chez les femmes non-enceintes

– La sécrétion de progestérone commence à l'ovulation et s'arrête 1 jour avant l'arrivée des règles. C'est le corps jaune de l'ovaire qui la synthétise.

– Production journalière entre 4 et 28 mg (en moyenne entre 15 et 25 mg) du 15^e au 26^e ou 28^e jour du cycle.

Pendant la grossesse

– Les ovaires, puis le placenta, fabriquent la progestérone pour le développement de l'embryon et préviennent les contractions de l'utérus.

– Dernier trimestre : production quotidienne de 300 à 350 mg par jour de progestérone.

– L'élévation rapide des concentrations de progestérone dans le sang signale aux ovaires d'interrompre une ovulation. C'est cette découverte qui fut à l'origine de la 1^{ère} pilule contraceptive

testée par les Américains sur des femmes de Porto Rico.

– La production journalière varie entre 4 et 28 mg (en moyenne entre 15 et 25 mg) du 15^e au 26^e ou 28^e jour du cycle.

1. Les cellules de Schwann autour des fibres nerveuses fabriquent de la progestérone pour l'élaboration de la gaine de myéline au niveau du système nerveux central et périphérique.

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

indications doivent être bien justifiées.

À la puberté, les bonnes habitudes alimentaires doivent être promues², pour les garçons et, plus encore, pour les filles. Elles peuvent donc prévenir l'acné et même les troubles des règles.

Quant aux grossesses précoces, elles peuvent être prévenues par une information saine et claire sur la puberté et les fonctionnements très différents des garçons et des filles³.

N'est-on pas capable d'apprendre aux jeunes filles à se réserver ou en tout cas à se préserver et aux garçons à respecter les filles plus qu'à les exploiter ! Pour cela, une saine information présentée avec pédagogie selon l'âge est indispensable. Elle existe.

Les possibilités de la phytothérapie à la puberté sont nombreuses : pour équilibrer les cycles ; pour réduire ou éviter l'acné ; pour réduire les douleurs ou tensions menstruelles au niveau des seins et du bas ventre...

1. Tsai MC et Coll. : « Higher body mass index is a significant risk of factor for acne formation in schoolchildren. » Eur J Dermatol 2006 ; 16 : 251-3.

2. IMC = Index de Masse Corporelle : il permet d'évaluer sa propre masse corporelle, et s'obtient en divisant son poids (en kilos) par sa taille au carré (exprimée en mètres).

1. L'Éducation nationale n'a jamais considéré ces publicités médicamenteuses comme illégales en milieu scolaire !

1. Elles représentent une aberration éducative, dont font la promotion les laboratoires pharmaceutiques (business oblige !)

et certains idéologues appartenant à des lobbies souvent fortement médiatisés qui minimisent les conséquences pour la santé physique (tumeurs bénignes du sein qui peuvent Cancériser). Ils ridiculisent évidemment les conseils parentaux, en les faisant passer pour ringards et ne veulent pas considérer les conséquences néfastes pour la santé physique et psycho-affective des enfants, des breaks affectifs difficilement supportables jusqu'aux tentatives de suicides de plus en plus nombreuses.

2. Stopper tous les laitages animaux remplacés par les laitages végétaux et/ou fruits secs + fruits frais et de saison (au moins 4 par jour) + salades de tomates, laitues, concombre, figues, oignons frais et doux, arrosées d'huile d'olive + un verre de bon vin rouge à chaque repas...

3. Nous avons mis au point une méthode pédagogique dénommée SAS (Santé-Amour-Sexualité) qui est adaptée à chaque tranche d'âge : de 4 à 10 ans, de 10 à 13 ans, de 13 à 15 ans et de 15 à 20 ans (voir les sites www.familles-de-france.org et « www.professeur-joyeux.com »)

LES TRAITEMENTS HORMONAUX (THM) AUTOUR DE LA MÉNOPAUSE DES ERREURS MÉDICALES DÉMONTRÉES

Le THM pourquoi ?

Faire passer la ménopause pour une maladie !

Il a d'abord été imaginé pour aider les femmes à passer le cap délicat de la ménopause vers la cinquantaine, avec ses désagréments possibles.

À cette période de la vie, les ovaires diminuent leurs sécrétions hormonales, en réduisant les taux d'œstrogènes et de progestérone. Les règles s'arrêtent définitivement, la fécondité féminine est aussi stoppée, mais la féminité n'est en rien altérée, si la femme fait attention à son mode de vie.

Le THM fait donc suite au :

– juste désir des femmes de réduire les désagréments de la ménopause : bouffées de chaleur, troubles du sommeil, sécheresse vaginale, déprime et stress, prise de poids, vieillissement prématuré, ostéoporose...

– à la volonté du corps médical, en particulier des gynécologues, de trouver des solutions thérapeutiques à ces troubles : toute femme arrivant à la ménopause devait être traitée.

– l'intérêt des laboratoires de médicaliser la ménopause, car

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

LA GROSSESSE N'EST PAS EN CAUSE DANS LE CANCER DU SEIN AVANT 30 ANS, ELLE A UN RÔLE PROTECTEUR MAIS LE CANCER DU SEIN PEUT SE DÉVELOPPER PENDANT LA GROSSESSE

La grossesse est une période pendant laquelle le corps de la femme est inondée d'hormones naturelles.

Elles proviennent :

- **des ovaires** de la mère jusqu'à la 10^e semaine de grossesse
- **du placenta** qui prend le relais du corps jaune des ovaires maternels à partir de la 11^e semaine et fabrique progestérone et œstrogènes, pour le maintien de la grossesse.

Le cancer du sein est possible pendant la grossesse : 2 à 3 % de tous les cas de cancers du sein. Il est diagnostiqué entre 32 et 38 ans et représente 1 à 2 cas sur 3 000 grossesses, soit 200 femmes par an, en France. Il ne dépend pas de la grossesse elle même, mais des possibles antécédents familiaux, d'un tabagisme prolongé, d'une mauvaise alimentation et de traitements donnés en vue de la grossesse, ou même des longues périodes de contraception hormonale préalables à la grossesse.

Le diagnostic est difficile et tardif du fait de la tension par l'œdème du sein.

– 68 % des patientes sont vues à un stade relativement avancé (II ou III).

– dans 70 % des cas, les récepteurs hormonaux sont présents, ce qui est logique du fait de l'inondation hormonale du corps.

– La grossesse n'a pas d'influence sur le pronostic ; cependant la gravité est plus grande quand le cancer est diagnostiqué dans le dernier trimestre.

La grossesse arrive trop tard pour prévenir ou stopper un cancer qui a déjà commencé à évoluer.

Les risques pour l'enfant du fait des traitements contre le cancer existent.

– Ils sont maximaux jusqu'au 60^e jour : c'est au 2^e mois que l'essentiel des organes est en place.

– Des atteintes cardiaques liées aux anthracyclines (produits anti-cancéreux utilisés pour le traitement) ont été observées jusqu'au 2^e trimestre.

– **Une enquête très précise serait d'ailleurs utile sur un sujet aussi grave.** Nous ne l'avons pas trouvée dans la littérature internationale.

On peut se poser quelques questions.

Pourquoi les femmes, qui ne sont fécondes que 5 à 6 jours par mois, sont-elles obligées de consommer des hormones au moins 3 semaines¹ par mois ?

Comment se fait-il que l'on impose à une femme 3 semaines de prise quotidienne d'hormones pour neutraliser seulement 5 à 6 jours de fécondité ?

Pourquoi la médecine n'aiderait-elle pas la femme à repérer

écologiquement ses jours de fécondité ?

La première grossesse avant 30 ans est donc bien un facteur protecteur ; de plus chaque accouchement apporterait une réduction de 10 % du risque (3 % pour les cancers diagnostiqués avant la ménopause et 12 % pour les autres).

Une grossesse précoce entre 20 et 28 ans accroît énormément les taux d'œstriol (voir tableau 10) et a pour conséquence une réduction de 50 à 70 % de cancer du sein ultérieur.

1. Peu de femmes savent qu'il reste une semaine sur 4 où la femme ne prend pas d'hormones, à la fin de son cycle. Sous pilule, son cycle est entièrement artificiel. L'interruption de prise hormonale a le seul but de déclencher ses règles. En effet, c'est la chute des taux hormonaux dans le sang qui est responsable du phénomène des règles. Pour les pilules telles que Minesse et Melodia, la femme prend la pilule tous les jours, mais pendant la semaine qui voit se déclencher les règles, ces pilules sont des placebo, c'est-à-dire ne contiennent pas d'hormone. Moyen simpliste pour éviter les oublis !

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

progestérone naturelle active le gène suppresseur de tumeur, p. 53 (B. Formby et T.S. Wiley en Californie). L'œstradiol inhibe l'apoptose (empêche la mort naturelle) des cellules normales et cancéreuses in vitro, donc favorise la multiplication cellulaire, normale ou anormale

1998 : le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) classe les contraceptifs oraux, et les hormones du THS comme « cancérigènes classe I ». Le CIRC l'avait dit, mais non médiatisé dès 1976.

2000 : La Revue du Praticien 50, p. 451-460, dans un article destiné à la préparation d'internat précise les risques de cancer du sein avec la pilule.

« La prise d'œstro-progestatifs augmente de 25 % environ l'incidence du cancer du sein. Ce risque est augmenté lorsque la prise a débuté avant l'âge de 20 ans. » Aucune diffusion n'est faite dans les établissements scolaires.

2005 : entre le 1^{er} et le 5 août, les grands médias télévisés annoncent aux heures de grande écoute : « La pilule est cancérigène, tout comme le THS. »

Curieusement, aucun média, aucune Institution de lutte contre le cancer ne reprend cette nouvelle majeure pour la santé des femmes.

Le Professeur Pujol, président de la Ligue nationale contre le Cancer, envoie le document de presse de la Ligue N° 126 du 1^{er} août 2005 qu'il annote et signe : *« Au Pr Henri Joyeux, tu avais raison bien avant, dont acte. »*

En septembre 2005, les médias féminins font la promotion de la pilule en continu et de la fin des règles, sans annoncer les moindres risques.

Ceci fait suite à une publication dans The Lancet Oncology, dans laquelle le CIRC (Centre International de Recherche sur le

Cancer), après avoir analysé 70 publications autour du cancer du sein, classe la pilule œstro-progestative, ainsi que le traitement hormonal de ménopause, comme substances cancérigènes de type 1 au même titre que l'amiante. Ce travail est le fruit de la collaboration de 21 chercheurs de 8 pays différents.

Pourtant, en septembre 2005, les médias féminins font la promotion de la pilule en continu et de la fin des règles, sans annoncer les moindres risques.

Aucune réaction de la Ligue nationale contre le Cancer qui n'a pas eu peur de reprendre tous les conseils nutritionnels que nous donnons depuis 20 ans, mais sur le sujet « Pilule, THM et Cancer » est restée pudiquement muette. Sa mission est-elle vraiment de donner une information de prévention ou seulement de récupérer de l'argent pour la recherche ?

1. *Cancer* 1987 ; 59 : 281-287 : l'équipe de Berkeley corrobore les résultats des études épidémiologiques qui font apparaître une association entre l'usage des contraceptifs oraux et le cancer du sein. Les chercheurs démontrent le pouvoir stimulant des stéroïdes contraceptifs sur la croissance des cellules mammaires saines. Ils révèlent déjà que les progestatifs contraceptifs testés à part stimulent in vitro la croissance des cellules cancéreuses mammaires, comparativement aux cellules saines ou atypiques non malignes.

LES AUTRES PREUVES DE L'HORMONO- DÉPENDANCE DES CANCERS DU SEIN

Nombreuses sont les preuves actuelles indirectes de l'hormonodépendance des cancers du sein

1. Les chimiothérapies efficaces mettent les ovaires au repos

dès les premières cures¹ : arrêt des règles et reprise plusieurs mois après la fin des traitements.

Les drogues anti-mitotiques empêchent les cellules qui synthétisent les hormones d'être actives. Ainsi les ovaires se mettent au repos dès les premières cures de chimiothérapie, d'où l'arrêt des règles et la reprise du cycle menstruel plusieurs mois (6 à 9) après la fin des traitements, voire jamais.

2. Les traitements « anti-hormonaux » bloquent les sécrétions hormonales.

– au niveau des ovaires avec les antiœstrogènes ou anti-progestérones.

– au niveau des surrénales avec les anti-androgènes surrénaliens à destinée œstrogénique.

– au dessus de l'hypophyse, ce sont les analogues de l'hormone GnRH qui, normalement, libèrent les stimulines hypophysaires LH et FSH destinées à stimuler les fabrication

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

incontrôlables.

– mal être incompréhensible, la femme est « mal dans sa peau ».

– cellulite, vergetures...

7. Des tumeurs bénignes du foie (hyperplasie nodulaire focale du foie, adénome) peuvent apparaître après 7 ans de consommation de pilule. Il est donc recommandé de faire réaliser une échographie hépatique tous les ans à partir de 7 ans de consommation de pilule.

8. Le kyste des ovaires jusqu'au cancer des ovaires¹

Les gynécologues et cancérologues, en général, disent et répètent que la pilule protège du cancer des ovaires, car elle diminue le nombre des ovulations, ce qui est vrai, et que, de ce fait, les ovaires seraient soumis à moins de traumatismes, ce qui les protégerait davantage du cancer. Partant de cette idée simpliste, ils concluent souvent en généralisant : « *La pilule vous protège du cancer* », traduisez « *de tous les cancers* » (voir question 55).

Le Pr Sir Charles Dodds, inventeur du Stilboestrol (DES), avait prévu déjà des pathologies ovariennes au minimum bénignes, kystes de rétention, en particulier.

Le Dr Ellen Grant dans son livre p. 147 « *The Bitter Pill* »², annonce l'avenir d'une manière logique : « *Le poids de l'évidence, en particulier lorsque les études biochimiques et animales sont prises en compte, tient à ce que l'utilisation d'hormones accroît probablement le risque de maladies ovariennes et d'évolutions malignes.* »

9. Facilitation des Maladies Sexuellement Transmissibles.

Le cancer du col de l'utérus est de plus en plus souvent un effet secondaire de l'association « tabagisme-pilule » chez des femmes de plus en plus jeunes. De même, certaines études donnent à penser que la contraception hormonale est un facteur facilitant la plus grave des MST, le Sida, quand il y a relation avec une personne séropositive.

10. Les risques de similitude génétique.

Résultats d'une étude incluant 110 femmes : alors que les femmes devraient être naturellement attirées par des hommes génétiquement différents, la contraception orale pourrait altérer cette aptitude et entraîner des risques de similitude génétique, des pertes de fertilité et des désorientations amoureuses après arrêt de la pilule.

Au total, la pilule abîme le corps en le faisant vieillir prématurément : il prend du poids ; les seins, l'utérus, la peau, le foie se trouvent surchargés, imprégnés d'hormones synthétiques dangereuses pour la santé quand elle est consommée trop longtemps.

1. Ils sont parfaitement exprimés dans l'excellent livre d'Ellen Grant que nous avons préfacé avec le Pr Lucien Israël : *Amère Pilule – La vérité sur le contraceptif chimique*, Éd. F.-X. de Guibert, 2008, 3^e édition.

2. Suppression des désagréments des menstruations et égalité avec les hommes !

1. The Center for Disease Control Cancer and Steroid Hormone study (1983) : Oral contraceptive use and the risk of ovarian cancer JAMA 249, 17, 1596.

2. Édition française, voir note 1, p. 144.

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

sucres sanguins vers les cellules, d'où une hypoglycémie (dans le sang) avec tous ses symptômes : fatigue, somnolence, idées confuses, mauvaise humeur et vertiges.. et besoin de sucres, sous forme de fringales compulsives. On peut dire que « *le sucre appelle le sucre.* »

– **Le cercle vicieux se met en place** : « sucre-insuline-hypoglycémie-fringale ».

Les habitudes nutritionnelles de dépendance aux sucres (vrais ou faux = aspartame) se mettent ainsi en place.

– **L'organisme supporte mieux une libération graduelle de sucre** dans le sang, suivie d'une sécrétion graduelle d'insuline et d'un apport graduel de glucose aux cellules. Ainsi, le glucose sera brûlé sous forme d'énergie plutôt que stocké sous forme de graisse. Toutes les cellules de notre corps ont besoin d'énergie glucidique pour fonctionner, les cellules cancéreuses plus encore que les cellules normales.

– **La résistance à l'insuline, c'est le débordement insulinaire, qui fait que l'insuline ne joue plus totalement son rôle.** Cela fait directement suite à une consommation excessive de sucres, stockés en gras, d'où l'association à l'obésité, une vie sédentaire et parfois une prédisposition génétique qui s'exprime d'autant plus que les excès de sucres jouent un rôle « épigénétique ». Ils stimulent une susceptibilité génétique présente chez la personne.

– **Les excès de sucres** « forcent le pancréas endocrine ». Le sucre est la source d'énergie première pour les cellules du système nerveux, central et périphérique.

Le meilleur sucre pour le cerveau est le fructose des fruits.

– **Le tabagisme et le THS** de la ménopause peuvent accroître l'insulinorésistance (précurseur du diabète de type II ou diabète gras).

– **Trop d'insuline altère la production de FSH (réduite)**

et de LH qui augmente, d'où diminution de la formation d'œstrogène et augmentation de la formation de progestérone, laquelle se métabolise en partie en hormone mâle, d'où la présence d'un duvet du visage et, au maximum, de ce que l'on nomme *l'hirsutisme*, en plus de la transformation de la voix.

Des déformations ovariennes : formation de kystes

– **Le trop d'insuline altère la production cyclique des FSH et LH, d'où des anomalies ovariennes secondaires.**

L'hypophyse libère trop de LH relativement à la FSH. La LH produite plus tôt dans le cycle hâte la maturation et la libération d'un ovule et stimule la production de progestérone.

– **La production de kystes ovariens**

Comme la FSH reste basse, les taux œstrogéniques sont faibles, **le follicule ne se développe pas et ainsi de nombreux follicules deviennent kystiques.** D'où la formation d'ovaires polykystiques...

– **Ces follicules non développés** ne deviennent pas corps jaune et, en réponse à l'excès de LH, fabriquent un excès de molécules hormonales de type testostérone, proches de la progestérone.

Des signes de virilisation

Cet excès d'hormone mâle provoque une prise de poids supplémentaire autour de la taille, l'acné, une chute des cheveux, une pilosité faciale et corporelle (bras et jambes), si disgracieuse chez les femmes.

1. Dans l'Académie de Montpellier, « *dans un souci de santé publique* », le Coca-Cola n'est plus une option dans la formule des 7 restaurants universitaires.

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

d'hyperprolactinémie et donc de galactorrhée chez la femme ou de gynécomastie chez l'homme.

Les anabolisants = trenbolone, zéranol... et la THG = Tetra-HydroGestrinone. Ce stéroïde a une formule chimique classique mais elle a été modifiée pour le rendre indécélable lors des tests urinaires.

Au total, les xénohormones s'ajoutent aux consommations hormonales excessives, à la mauvaise alimentation, au stress, pour augmenter à la fois les risques de perturbations ovariennes et mammaires.

Plus de 50 % des femmes de 35 ans ont des follicules dysfonctionnels, donc des kystes ovariens avec des cycles sans ovulation et un manque de progestérone relativement aux excès œstrogéniques.

Il ne faut cependant pas exagérer leurs impacts négatifs sur la santé humaine.

Des études accusent des risques de cancer du sein pour les femmes travaillant à la ferme

Les antécédents professionnels de 564 femmes atteintes de cancer du sein au centre du Canada¹ montrent que leur risque était multiplié par 2,8 pour celles qui ont travaillé à la ferme à un moment de leur vie, quand elles étaient jeunes. L'exposition à des pesticides ou à d'autres composés toxiques de l'agriculture serait en cause.

La meilleure façon d'éliminer les pesticides

Nous savons désormais comment éliminer ces produits toxiques pour l'organisme. En effet, la plupart de ces produits

étant « lipophiles », ils sont stockés dans les tissus gras de réserve. Leur élimination est possible par la transpiration, par l'intermédiaire des glandes sudoripares. D'où la nécessité d'un exercice physique au moins 2 fois par semaine, qui a pour avantage supplémentaire de faire fondre la masse grasse et de développer la masse musculaire.

Une marche rapide chaque jour, de 45 minutes, serait préférable.

1. L'exposition aux xénohormones au cours de la vie embryonnaire endommage les follicules ovariens et entraîne une défaillance des follicules. Il est probable que l'effet sur les testicules des garçons dans la vie embryonnaire est identique, mais ne sera pas perçu avant la puberté.

2. Sur les xéno-estrogènes, 4^e journée de l'AMPP, 2001, Faculté de Médecine Paris 13, DUMENAT de Phytothérapie, Pr Robert Marty, Professeur, Université Bordeaux I, UFR de Biologie.

1. Occupational Histories of Cancer Patients in a Canadian Cancer Treatment Center and the Generated Hypothesis Regarding Breast Cancer and Farming. Brophy *et al.* Int. J. Occup. Environ. Health 2002 ; 8 : 346-353.

LA PROLACTINE ET LES MÉDICAMENTS HYPERPROLACTINÉMIANTS

La prolactine est l'hormone hypophysaire destinée, après l'accouchement, à déclencher et entretenir la lactation.

Elle est donc indispensable à l'allaitement maternel. Elle stimule la division des cellules du sein.

La prolactine et sa sécrétion

– Les œstrogènes stimulent la sécrétion de prolactine. – La prolactine stimule la synthèse des récepteurs d'œstrogènes et de ses propres récepteurs et perpétue l'action des œstrogènes sur le sein, en tant que promoteurs de croissance.

– L'œstriol, contrairement à l'estradiol, n'augmente pas la synthèse de prolactine.

– L'ethinyl-estradiol, œstrogène présent dans la plupart des marques de pilule, est lui-même hyperprolactinémiant.

– La pilule (surtout les plus dosées en œstrogènes) peut être à l'origine de tumeur bénigne de l'hypophyse sous la forme d'un adénome à prolactine au niveau de l'hypophyse.

– Le stress, tant physique que psychologique, fait augmenter brutalement le taux de prolactine.

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

une étude dans 52 pays chez 27 098 sujets

La suralimentation est évidemment à l'origine de surpoids, prédiabète ou diabète, et de ce que l'on désigne sous le nom de « *syndrome métabolique* ». Celui-ci se définit, dans l'étude cas-témoins InterHeart réalisée dans 52 pays auprès de 27 098 sujets, par la mesure du tour de taille ($> = 94$ cm pour les hommes européens, et $> = 80$ cm pour les femmes européennes), associé à deux des facteurs suivants : – triglycémie $> 1,7$ mmol ou traitement spécifique pour une dyslipidémie – pression artérielle $> = 130/85$ mmHg, ou un traitement antihypertenseur – glycémie à jeun $> = 5,6$ mmol/l, ou un diabète de type II déjà diagnostiqué.

Augmentation de la taille en hauteur et largeur...

L'enquête nationale de mensurations réalisée par l'Institut français du textile et de l'habillement (IFTH) a montré, en juillet 2006, que les jeunes Français mesurent en moyenne 2 cm de plus que leurs parents au même âge. Les Japonais ont grandi de 1 cm en 10 ans... Le tour de taille a aussi augmenté : il est en moyenne supérieur de 6 cm à celui d'une fille du même âge de 1958 et, pour un garçon, de 4 cm.

Les anthropologues constatent, mais n'ont pas relié pour le moment ces augmentations à tel ou tel mode alimentaire.

1. Eliassen AH et coll. Adult weight change and risk of postmenopausal breast cancer. JAMA 2006 ; 296 : 193-201.

LES EXCÈS ALIMENTAIRES : LA NUTRITION DÉSASTREUSE

Le stockage des sucres et alcools en excès

Ils sont stockés sous forme de gras et, en particulier, de mauvais gras.

En effet, seul le diabétique a, dans ses urines, du sucre, premier signe de l'atteinte du filtre rénal qui, normalement, retient les sucres.

Les sucres dangereux sont surtout ceux qui ont un index glycémique élevé¹ (autour de 100), comme le pain blanc, les pâtes, pizzas, toutes les sucreries des pâtisseries, viennoiseries et boissons sucrées (soda, cola – la canette de Coca contient l'équivalent de 8 morceaux de sucre, une crème glacée moyenne en a 4 et un yaourt aux fruits 2...).

Les boissons sucrées représentent, pour les adolescents, 300 Kcal/ jour, 13 % en moyenne de leurs apports énergétiques.

« Une vaste enquête menée sous l'égide du bureau américain de nutrition et santé (NHANES) a porté sur 4 867 adolescents âgés de 12 à 18 ans. Au total, 82,5 % d'entre eux ingurgitent des boissons sucrées, en quantités d'autant plus importantes qu'ils sont plus âgés et sont des garçons. Ceci va de pair avec une élévation des apports en calories, sodium et caféine. Statistiquement, les plus grands consommateurs sont, en plus, ceux qui fument et boivent de l'alcool. »

À propos des fructose « bons » et « mauvais »

– Le « *bon fructose* » existe à l'état naturel dans les fruits frais et provient, pour une bonne part, de la dégradation du saccharose en glucose et fructose.

– Le « *mauvais fructose* » provient de l'hydrolyse de l'amidon du maïs ou du blé et ne conduit qu'au glucose. Aux USA, l'industrie transforme cette molécule en fructose par action enzymatique, ce qui aboutit à des sirops à teneurs en fructose ajouté de 42 % à 55 %. À poids égal, la saveur sucrée du fructose est très supérieure à celle du glucose.

De nombreuses études internationales ont montré la relation entre la consommation de boissons sucrées et l'obésité de l'enfant¹.

Ce sucre est dangereux, car seul le foie le métabolise, ce qui déclenche la destruction des nucléotides et, ainsi, la libération dans le sang d'acide urique, marqueur potentiel de goutte, de risque cardiovasculaire et d'hypertension artérielle. L'action sur la tension artérielle résulterait de l'élévation de l'acide urique par l'activation du système rénine angiotensine et la baisse de production d'oxyde nitrique

« Chez l'adulte, une élévation de 10 mg/l de l'uricémie augmente de 7 % le risque de néphropathie... Pour l'adulte normo tendu, une baisse de 2 mmHg de la PA systolique diminue le risque d'accident vasculaire cérébral de 10 % et d'ischémie cardiaque de 7 % ».

Les tromperies de la mention « sans sucre ajouté »

En France, la charge en fructose des boissons sucrées est très probablement moindre car l'amidon de maïs modifié n'est

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

retard dans ses conférences publiques, souffrant de lenteurs digestives, reçut pour conseil de prendre un verre de bon vin à chaque repas ; il s'agissait de Médoc, car il passait dans le Médoc. Il fut désormais à l'heure, n'étant plus constipé !

1. Case-control study of phyto-œstrogens and breast cancer. Ingram D. *et al.* Lancet 1997 ; 350 : 990-994.

LES ABUS DE LAITAGES : LE *LACTOLISME* AUGMENTE LES RISQUES DE CANCER DU SEIN

Le *Lactolisme* ou gavage aux laitages, une nouvelle addiction !

Les nouveaux conditionnements de produits laitiers sont autant pour la conservation que pour le goût.

– **Toutes les publicités poussent** aux consommations de laitages : au moins 3/jour quand 1 seul suffit à tous les âges de la vie.

– **Autrefois, en faisant bouillir le lait**, on détruisait les facteurs de croissance qui étaient floкулés (couche épaisse de la crème du lait).

– **Aujourd’hui, avec les conservations à Ultra Haute Température**, les laitages contiennent pour la plupart les facteurs de croissance actifs.

– **L’IGF-1 n’est pas détruit par la pasteurisation**, pas plus que les autres facteurs de croissance (EGF et TGF).

Les facteurs de croissance sont présents dans tous les laitages

et jouent leurs rôles spécifiques selon les tissus auxquels ils sont dédiés.

En culture cellulaire, les 3 familles de facteurs de

croissance, EGF, IGF et TGF, favorisent la multiplication des cellules, aussi bien normales que cancéreuses.

– **IGF** = Insulin Growth factor, facteur de croissance insulinique qui joue un rôle essentiel pour la construction du système digestif, pancréas, foie et régulation de l'apport de sucre à l'organisme.

– **TGF** = Transforming Growth factor, facteur de croissance tissulaire qui joue un rôle essentiel pour la construction des tissus, osseux, articulaires, musculaires...de l'organisme auquel il est apporté.

– **EGF** = Epidermal Growth factor, facteur de croissance épidermique qui joue un rôle essentiel pour la formation des tissus qui en dépendent : la peau et les extrémités haute (bouche et annexes) et basse du tube digestif (canal anal).

Parmi les facteurs de croissance, on a pu en isoler dans le lait de vache au moins deux : le « Transforming growth factor » (TGF α et β) qui participe à la croissance et à la différenciation des cellules de l'intestin, « l'Insulin growth factor » (IGF-1), véritable agent anabolique (de construction des tissus), donc de type dopage destiné à fabriquer du muscle et du cartilage.

– **Le lait de vache dans l'alimentation des bébés de 3 mois ou plus tôt peut créer un diabète précoce¹ par réaction allergique aux protéines du lait de vache.** Les cellules bêta du pancréas se détériorent ainsi plus ou moins rapidement.

– **Les femmes scandinaves, plus grandes consommatrices de laitages de l'Europe, ont les taux les plus élevés de diabète et d'ostéoporose.**

Le lait de vache contient 3 fois plus de protéines (9g/l) que le lait humain (2,4g/l).

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

(AGS) et le risque de cancer du sein.

« Sa fréquence est plus importante :

– entre le 5^e quintile : risque 1,13 (IC 95 % : 1,00-1,27 ; p = 0,038)

– par rapport au 1er quintile : risque 1,02 (IC 95 % : 1,00-1,04). Cette corrélation est plus importante chez les femmes ménopausées qui n'ont jamais reçu de traitement hormonal substitutif. Chez elles, la fréquence du cancer du sein est plus importante :

– entre le 5^e quintile : risque 1,21 (IC 95 % : 0,99-1,48 ; p = 0,044)

– par rapport au 1er quintile : risque 1,03 (IC 95 % : 1,00-1,07).

Les 5 quintiles de consommation moyenne d'AGS étaient : Q1 = 16,2 g/jour ; Q2 = 22,6 g/j ; Q3 = 27,9 g/j ; Q4 = 34,1 g/j et Q5 = 45,0 g/j.

Aucune corrélation statistiquement significative n'a été trouvée avec la consommation totale de lipides (risque à 1,02), ni avec celle des AGMI (risque à 1,05), ou des AGPI (risque à 0,97). »

« Au sujet de la non-responsabilité des AGMI, de nombreuses études donnent, par contre, un résultat contraire. Ce seul travail ne peut conclure sur ce point. Ces variations entre travaux peuvent s'expliquer par des différences dans l'apport calorique total et la plus grande fourchette de consommation notée dans l'étude EPIC pour les AGMI (54,5 à 98,3 g/j) par rapport à d'autres travaux.

L'association entre la consommation de lipides et le cancer du sein est indépendante de l'IMC. »

Les risques de récurrences réduits par les changements alimentaires

Entre 1994 et 2001, 2437 femmes traitées pour cancer du sein débutant ont été tirées au sort¹ : un groupe contrôle et un groupe soumis à une prise en charge diététique pour tenter d'obtenir une réduction constante d'au moins 15 % des apports en graisse.

La consommation de graisses se montait à 33 g/jour et représentait 20 % des apports caloriques dans le groupe interventionnel contre 51g/jour, soit 29 % des apports dans le groupe témoin. À la fin de la période d'analyse, les femmes du 1^{er} groupe pesaient en moyenne 3 kg de moins que les témoins.

Le risque de récurrence atteignait 9,8 % dans le groupe diététique versus 12,4 % pour les contrôles. Ainsi, réduire les apports en graisses pourrait diminuer le risque de récurrence d'un cancer du sein.

1. Un excellent livre trop peu connu d'Edmonde Morin, *La rouge différence ou les rythmes de la femme*, Éd. Seuil, 1982.

1. Policy and action for cancer prevention », rapport du World Cancer Research Fund (WCRF) et de l'American Institute for Cancer Research (AICR), 26/2/09.

1. Sieri S., Riboli E. and al. Dietary fat and breast cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Am J Clin Nutr.* 2008 ; 88 : 1304-12.

1. JNCI 20-12-2006, vol. 98, pp. 1767-1776.

PRÉVENIR VAUT MIEUX QUE GUÉRIR LES RESPONSABLES DE LA PRÉVENTION

Prévenir, c'est évidemment informer et surtout bien informer¹

Que de fois nous entendons le grand public se plaindre de lire des conseils qui se neutralisent ! Les uns sont farouchement « pour », les autres « contre ». Les uns « y croient », les autres « n'y croient pas ». Qui croire ?

C'est souvent dans un fatras d'informations qu'il faut choisir. Même les scientifiques, parfois, ne sont pas d'accord entre eux.

Si nous prenons pour exemple le livre de mon collègue Jean Seignalet, nous pouvons lire, venant de certains collègues, des points de vue diamétralement opposés aux nôtres.

Personne ne voit que le collègue qui écrit sur le sujet n'a pas lu le livre de Seignalet et, surtout, ne possède aucune expérience et compétence dans le domaine. Il joue simplement sur son titre professoral qui lui donne un semblant d'autorité. Être spécialiste international de la constipation, de la consommation des sucres ou des laitages ne donne pas des compétences dans le domaine de la prévention des cancers ou des maladies dégénératives par la nutrition !

Les scientifiques spécialisés, ceux qui consultent et

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

LE DÉPISTAGE, AVANT COMME APRÈS LA MÉNOPAUSE, AMÉLIORE LE PRONOSTIC

Le dépistage consiste à tout faire pour établir le diagnostic de cancer le plus tôt possible, afin d'obtenir un pronostic meilleur.

Le dépistage se généralise en France, puisqu'il est proposé gratuitement à toutes les femmes entre 50 et 60 ans.

Il est également de plus en plus nécessaire avant la ménopause. À cet âge, la mammographie est moins performante, car la densité mammaire est forte du fait de l'imprégnation hormonale du cycle féminin.

Tout médecin généraliste et, bien sûr, tout gynécologue ou radiologue, avant la pratique d'une mammographie, se doit de palper les seins de ses patientes. Ce n'est pas toujours le cas, surtout chez la femme âgée. La prudence serait plus grande encore chez les femmes à risque, après leur avoir fait remplir préalablement le questionnaire informatisé.

Intérêt du dépistage pour réduire la mortalité

Dans le New England Journal of Medicine du 27 octobre 2005, près de 50 % de réduction de la mortalité par cancer du sein sont observés dans 7 études, du fait du diagnostic plus

précoce et, donc, des traitements effectués.

En 1975, le taux de mortalité par cancer du sein entre 30 et 79 ans était de 48,3 pour cent mille femmes. En 1990, ce chiffre atteignait 49,7 pour 100 000. Il est plus que probable que les récidivistes tardives (sur 27 années après le premier traitement) ne sont pas comptabilisées. En 2000, il est de 30, diminuant de 24 % par rapport à 1990.

Le dépistage précoce et les avancées thérapeutiques sont en cause (chimiothérapies et antiœstrogènes).

Dans les 7 études, la proportion de réduction totale du taux de décès par cancer du sein attribuée au dépistage passe de 28 à 65 %. La moyenne est de 46 %.

Évidemment, le traitement est d'autant plus efficace que le cancer est détecté précocement, avant tout symptôme clinique.

Intérêt aussi du dépistage chez les femmes jeunes

Une équipe britannique¹ a mené une étude rétrospective chez les jeunes femmes. Elle a comparé la survie d'un groupe de 62 femmes de moins de 50 ans souffrant d'un cancer du sein, et ayant fait l'objet d'un dépistage mammographique annuel, en raison d'un contexte familial informatif, à un groupe de 1 108 femmes de même tranche d'âge, sans antécédent remarquable, et n'ayant pas fait l'objet de dépistage radiologique.

La survie était meilleure en cas d'antécédents familiaux, avec un risque relatif (RR) de décès par cancer du sein de 0,19 (intervalle de confiance à 95 % [IC95] entre 0,07 et 0,52 ; $p < 0,001$) et un risque relatif de survie sans rechute de 0,19 également (IC 95 entre 0,08 et 0,43) ; $p < 0,001$).

La prise en compte du biais d'avance au diagnostic dans le

groupe dépisté ne modifiait pas les résultats avec des RR respectivement de 0,24 (IC 95 entre 0,09 et 0,66 ; $p = 0,005$) et 0,25 (IC 95 entre 0,11 et 0,57 ; $p < 0,001$).

Ainsi, malgré un contexte à priori plus péjoratif, ces résultats suggèrent que le dépistage mammographique annuel chez la femme de moins de 50 ans, avec antécédent familial, améliore le pronostic du cancer du sein.

Aujourd'hui, le dépistage national ne concerne que les femmes de 50 à 74 ans, à raison d'une mammographie tous les 3 ans en Grande-Bretagne, et tous les 2 ans, en France.

Le dépistage prescrit par le gynécologue ou le médecin généraliste doit démarrer plus tôt, avant 40 ans. Pour notre part, nous commençons à 35 ans, et avant si la mère a eu un cancer du sein¹.

Le dépistage, pour qui ?

- Les femmes à risques : génétique, familiaux, avec antécédents personnels de pathologie bénigne du sein ou, même, de cancer de l'autre sein.
- Le grand public féminin : entre 50 et 75 ans.

Comment dépister ?

- Auto-examen : apprendre aux femmes à s'examiner les seins.
- Examen clinique du médecin qui doit examiner régulièrement les femmes à risques, en leur faisant remplir préalablement le questionnaire informatisé (voir question 42).
- Les examens sénologiques : échographie, mammographie,

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

– de cancer du sein :

• mère + 3 fille + 3 grand-mère maternelle + 2
tante maternelle + 2 sœur + 2

.....
• père + 5
.....

– antécédent de maladie bénigne du sein

• mère + 1 grand-mère maternelle + 1 tante maternelle + 1
sœur + 1

.....
Total B =

C. Nombre d'enfants sur 5 points (de -5 à + 5)

0 = + 5 ; 1 = - 2 ; 2 = - 3 ; 3 et plus - 5

.....
Le premier avant 28 ans = - 3

.....
Le premier autour de -20 ans = - 5

Total C =

D. Allaitement maternel sur 10 points (de -10 à + 5)

aucun = + 5

.....
pour chaque enfant durée :

• < 3 mois = - 3

.....
• 3-6 mois = - 5

.....
• > 6 mois = - 10

.....

Total D =

E. Fausse(s) couche(s) naturelle(s) ou provoquées sur 5 points (de -3 à +5)

– fausses couches naturelles

- nombre 0 = - 3, 1 ou plusieurs sans enfant + 3

.....

– Grossesse extra-utérine 0

.....

Total E =

F. Comportement alimentaire et surpoids éventuel¹ sur 10 points (de -10 à +10)

– au moins 4 fruits frais consommés chaque jour : - 5

.....

– au moins 4 légumes par jour - 5

..... (frais ou cuits à la vapeur douce)

– viandes rouges : 0 ou 1 fois/ semaine 0 ; 2 fois + 2 ; 3 fois + 3.....

– laitages vache : 1/jour + 1 ; 2/ jour + 2 ; 3 et + + 4

.....

– laitages purs de brebis ou de chèvres 0.....

– pas de produits laitiers (lait, fromages, yaourts, beurre

– crèmes glacées)

0.....

– poissons et/ou fruits de mer au moins 2 fois/semaine - 3

.....

– votre poids estimé par vous-même : – normal ou plutôt pas

- assez - 3 ; 5 kg de trop + 2 ;
 - 10 kg de trop + 3 ; plus de 10 kg + 5
 -
- Total F =**

G. Tabagisme et autres addictions (de 0 à 10 points)

- **tabac** : 5 cigarettes/jour + 2 ; 10 à 20/ jour + 3 ; - +
d'1 paquet/jour + 5
 -
 - **tabagisme** **passif** + 2
 -
 - **alcool** : plus de 2 verres de vin/jour ; + 3
un alcool fort plus d'une fois/semaine + 3
 -
 - **cannabis**² : régulièrement + 3
plus d'une fois/semaine + 2
 -
- Total G =**

H. Consommation d'hormones (de 0 à 10 points)

- Contraception hormonale : laquelle ou lesquelles :
 - durée en années : < 2ans 0 ; 2 à 5 ans + 3 ;
 - 5 à 10 ans + 5 ; plus de 10 ans + 10
 -
- Traitement hormonal à la ménopause
 - moins d'un an 0 ; 1 à 3 ans + 2 ; 3 à 5 ans + 3 ;
 - 5 à 10 ans + 4 ; plus de 10 ans + 5
 -
- stérilet : aux hormones + 3 sans hormone 0
-

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

Un millier d'enfants allaités par leur mère ont passé à dix ans une spirométrie afin de mesurer leur capacité vitale forcée (CVF), leur volume expiratoire maximum seconde (VEMS) et leur débit expiratoire de pointe (DEP), et pour calculer leur coefficient de Tiffeneau (rapport VEMS/CVF). Comme ils étaient suivis depuis la naissance, il a été possible de les répartir en quatre groupes, selon qu'ils avaient été allaités moins de 2 mois (n = 243), entre 2 et 4 mois (n = 142), au moins 4 mois (n = 374) ou pas du tout (n = 196).

Les différences moyennes de CVF, VEMS, DEP et VEMS/CV entre les sujets allaités plus ou moins longtemps et les sujets non allaités ont été évaluées avec des modèles linéaires généraux ajustés pour plusieurs covariables. Elles ne se sont révélées **significatives que si l'allaitement avait duré 4 mois ou plus.**

Comparés à ceux qui n'ont pas été allaités, les enfants nourris au sein ≥ 4 mois ont, en effet, une CVF nettement supérieure à dix ans (de 54 ± 21 ml, $p = 0,01$). Ils ont aussi un VEMS et un DEP plus élevés (de 39,5 ml, $p = 0,05$, et de 180,8 ml/s, $p = 0,006$, respectivement), mais un rapport VEMS/CVF similaire ; ce qui suggère que l'augmentation des débits résulte de celle de la CVF. Après ajustement sur la CVF, seul le DEP reste élevé ($p = 0,04$). L'interaction éventuelle d'un asthme, ou d'une atopie de la mère avec l'effet du lait maternel, est éliminée pour les trois durées d'allaitement. Il faut noter que toutes les mères étaient non fumeuses.

Ainsi, un allaitement prolongé accroît la capacité vitale des poumons à dix ans, sans favoriser une obstruction bronchique en cas d'asthme ou d'atopie maternels. Contrairement à ce que suggérait le travail de TW Guilbert et coll (2), des antécédents d'asthme ou d'atopie chez la mère ne semblent pas justifier un sevrage précoce.

Pour expliquer l'accroissement du volume pulmonaire, les auteurs invoquent le rôle de facteurs contenus dans le lait maternel ou, tout simplement, celui de la succion du sein. Téter au sein demande, en effet, un effort de succion plus intense et plus soutenu qu'au biberon, l'équivalent d'un « training respiratoire » !

La semaine mondiale de l'allaitement maternel (à la mi-octobre de chaque année)

– La coordination française (CoFAM) demande la prise en charge, par la Sécurité sociale, de 6 mois et plus pour les femmes qui en font le choix.

– Elle édite une *pochette Smam* disponible sur Internet www.coordination-allaitement.org

– Si les laitages de vache en excès peuvent être source de maladies de civilisation, c'est l'inverse pour le lait maternel, car il est utile d'abord à l'enfant par les Immunoglobulines A (IgA) qui le protègent des infections du tube digestif et qui stimulent son système immunitaire pour qu'il fabrique ses propres IgA.

Des précisions d'un site sur l'allaitement maternel

« Tous les bébés humains reçoivent une certaine protection avant la naissance. Durant la gestation, la mère transmet des anticorps à son fœtus à travers le placenta. Ces protéines circulent dans le sang du nourrisson durant quelques semaines à quelques mois après la naissance, neutralisant les microbes ou les marquant pour la destruction par des phagocytes, des cellules immunitaires qui consomment et détruisent les bactéries, les virus et les débris cellulaires. Cependant, les

bébés allaités gagnent une protection supplémentaire provenant des anticorps, autres protéines et cellules immunitaires du lait humain. »

Réduction des risques de cancer du sein pour la maman

Pour la mère, les risques de cancer du sein, de l'ovaire, sont d'autant moins importants que la durée de l'allaitement est autour de 6 mois. Interviennent, pour réduire les risques de cancers, le nombre d'enfants et l'âge de la première grossesse, autour de 25 ans.

Comment se préparer à allaiter ?

Pour éviter les déconvenues de l'allaitement : crevasses, douleur intenable à la mise au sein.

– **Préparez vos bouts** de sein en les frictionnant entre deux doigts matin et soir, dès 6 mois de grossesse : cela les renforce et évite les crevasses. Ces frictions du mamelon stimulent la formation de prolactine par l'hypophyse.

À partir du 9^e mois et jusqu'à l'accouchement uniquement, c'est-à-dire pas pendant l'allaitement, il est possible d'appliquer la préparation suivante qui va tanner le mamelon et limiter le risque de crevasses : baumier du Pérou, *Myroxylon balsamum* 10 gr, vaseline 40 gr et lanoline 40 gr. À faire préparer par le pharmacien *pour application externe 3 fois par semaine en couche épaisse*. Il faudra auparavant avoir fait un test de tolérance au creux du bras pour vérifier l'absence de réaction allergique.

– **La production de lait est suscitée par la succion** du bébé (l'argument : « il va vous abîmer les seins » est faux :

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

Grossesse après cancer du sein ?

– Un grossesse est formellement déconseillée pendant le temps du traitement du cancer et pendant au moins les 2 premières années qui suivent la fin du traitement.

– Elle reste possible, mais ne doit pas être programmée trop tôt après la fin de la chimiothérapie. L'accord du cancérologue est évidemment indispensable.

– Les risques d'une grossesses trop précoce sont : mort de l'embryon in utero, malformation congénitale...

– Les risques mutagènes sont maxima pendant la chimiothérapie et pendant les 12 mois qui suivent.

– S'il y a récurrence du cancer du sein, celle-ci est, en général, loin de l'accouchement, le délai moyen est de 57 mois. Il est sans rapport avec la grossesse.

– Une grossesse 3 à 4 ans après la fin du traitement pour cancer du sein, n'augmente pas les risques de récurrences. Les études de la littérature semblent rassurantes, mais il faut rester très prudent et ne pas pousser une femme à mettre en route une grossesse après avoir été traitée pour cancer du sein.

Nous restons très réservés, malgré les publications récentes qui semblent rassurantes, quant à la possibilité d'une grossesse après un cancer du sein.

Les études de la littérature semblent rassurantes, **mais il faut rester très prudent et ne pas pousser une femme à mettre en route une grossesse après avoir été traitée pour cancer du sein.**

Nous sommes franchement opposés à toute procréation médicale assistée après cancer du sein¹.

1. Voir notre livre *Prévenir les cancers du sein, Ensemble*

relever le défi, Éd. F.-X. de Guibert, 1997, p. 144-146.

2. Cette forme d'avortement ne peut être pratiquée que jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée, contrairement à la voie chirurgicale possible jusqu'à 12 semaines. Elle coûte 257,91 euros mais elle est prise en charge par la Sécurité Sociale et le système du tiers-payant. Elle est gratuite pour les mineurs et les non-assurés sociaux.

1. Newcomb *et al.* JAMA 1996, vol. 275, 4, 283-321.

1. Fait légalement « famille » en France, 3 états : le mariage entre un homme et une femme, la filiation et l'autorité parentale.

1. Nous avons en mémoire le cas d'une patiente de 40 ans qui a récidivé de son cancer du sein immédiatement après une procréation médicale assistée.

LES CONSEILS AUX FEMMES PORTEUSES D'UN DES GÈNES DU CANCER DU SEIN ET AUX GROUPES DE FEMMES À RISQUES

Les risques d'atteinte de l'autre sein ne sont pas négligeables (cancer du sein chez la mère, nombreux cancers du sein familiaux, plus particulièrement dans la branche maternelle) **et imposent la surveillance de l'autre sein. L'ablation controlatérale du sein reste une question majeure.**

Les malades atteintes de cancer du sein (KS), porteuses des mutations géniques BRCA1 et BRCA2, ont un risque important de développer un KS dans le sein opposé (environ 3 % par an, soit 30 % en 10 ans).

La mastectomie controlatérale préventive (MCP) réduit ce risque de 97 % et, en conséquence, est très pratiquée aux États-Unis.

Une étude a été menée dans 8 pays (Pologne, Norvège, Israël, États-Unis, France, Italie, Canada, Autriche)¹ sur des femmes (de 25 à 80 ans) porteuses d'une mutation du gène BRCA, atteintes d'un cancer unilatéral et suivies au moins 18 mois. Au total, 1 022 femmes ont été incluses (après exclusion des cancers associés, des perdues de vue, et des dossiers incomplets). À 5 ans, 58 avaient développé un cancer controlatéral invasif (aucun cancer intra-canalair in situ dans

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

Les 2 alternatives, nutritionnelles et phytothérapeutiques, associées au début sont sans danger et très efficaces.

Des avis contradictoires chez les allopathes

Un des premiers en France – longtemps apôtre du THM, lié aux laboratoires pharmaceutiques –, à présenter le premier phyto-médicament à base d'isoflavones de soja à ses confrères, écrit à propos de l'arrêt du THM¹ suite aux recommandations de l'Afssaps.

– **En décembre 2003** : *« Arrêtez le traitement de façon progressive... pendant un ou deux mois avant d'arrêter définitivement..., expliquez le pourquoi de cette suspension temporaire de traitement en rappelant les chiffres d'augmentation du risque de cancer du sein et en les relativisant à leur juste mesure..., prescrivez le THS à reprendre “au cas où” les symptômes réapparaîtraient..., expliquez pourquoi vous êtes partisan de l'abstention thérapeutique totale en cas de non reprise des symptômes et de l'absence d'un risque osseux »*².

– **En décembre 2003**, le même mois... : *« On peut dire qu'à ce jour, l'administration d'isoflavones semble être une des alternatives parmi les plus intéressantes »*¹

– **En novembre 2004** : *« Que toutes celles qui souffrent en silence depuis 2 ans de bouffées de chaleur et autres inconvénients reviennent au THS : merci pour leur qualité de vie »*²

Comment s'y retrouver face à tant d'incohérences ?

Une pression médiatique non éthique : « point de salut sans le THM ! »

Début 2006, sur France 2, en direct, lors d'une émission du matin, organisée à la gloire évidente de la reprise du THM : à la question bien filtrée d'une téléspectatrice : « *Comment se soignaient nos grands-mères quand elles avaient des bouffées de chaleur ?* », le spécialiste répond : « *Elles supportaient, tout comme elles supportaient les douleurs de l'accouchement* ».

Quelle grand-mère ignorait, en ce temps, les bienfaits de *Salvia officinalis*, la sauge salvatrice bien nommée ? Elles en avaient toutes dans leurs jardins ! Comment font les millions de femmes ménopausées sur terre, qui n'ont pas accès au THM de l'allopathie pour se soigner ?

Le sevrage individualisé du THM : phytothérapie et nouvelles habitudes alimentaires

Certaines femmes peuvent être dépendantes des hormones comme on peut l'être de certains somnifères ou anxiolytiques.

Le sevrage consiste, sous contrôle médical, à diminuer progressivement les doses de THM, en associant, dès le début du sevrage, des phyto-hormones pour prévenir les manifestations désagréables.

Il est important de prendre du temps pour faire ce sevrage et de compenser par de la phytothérapie et d'autres traitements alternatifs et complémentaires, tout en rééquilibrant la flore intestinale³ par une saine alimentation, associée temporairement à des « *compléments alimentaires* ». Ceci permet d'augmenter les chances de réussir, sans dommage, l'arrêt du THM.

Devant des bouffées de chaleur invalidantes

On peut conserver un THM à très petites doses prescrites en

continu, avec des molécules « les moins toxiques possible », soit les œstrogènes par voie externe (gel ou patch) et la progestérone micronisée naturelle (par voie vaginale ou orale).

Lors de la journée annuelle de la Société Française de GynécoPathologie, à Lyon, nous propositions, avant l'heure, ce qui allait quelque temps plus tard, devenir un concept porteur au niveau marketing, « *le THM à la Française* », réputé moins dangereux que les autres¹...

Le point de vue de l' Afssaps ne s'est pas modifié pour autant, qui rappelle en juin 2008 : « *Un THM peut être instauré si la patiente le souhaite, à la dose minimale efficace, et ce, tant que durent les symptômes, pour une durée la plus courte possible* »².

Cette communication a été publiée en juin 2004, dans une revue totalement allopathique : *Reproduction humaine et hormones*³

Puis la presse grand public a relayé l'information : *Alternative Santé* juin 2004, *Top santé* janvier 2005, *Santé Magazine* avril 2006⁴ et *Prima* février 2007.

1. Présenté en juin 2003, Société Française de Gynéco-Pathologie, Lyon, publié en juin 2004, *Reproduction Humaine et hormones*, publié dans la presse grand public : *Alternative Santé*, juin 2004, *Top santé*, janvier 2005, *Santé Magazine*, avril 2006.

1. En 2002, environ un quart des femmes ménopausées prenaient un traitement hormonal substitutif. Suite à la publication de l'étude WHI, un tiers des patientes ont arrêté leur THS, sans que, pour la plupart, aucun traitement alternatif ne leur soit proposé. Se retrouvant démunies face au retour des

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

dépistage, bilan biologique, recherche des MST) – pose sous anesthésie locale, avec préparation par homéopathie et antispasmodiques, voire acupuncture – suivi trois fois par an – consultation en urgence au moindre problème. **Le stérilet est utilisé par 21,9 % des femmes.**

– **chez les couples ne souhaitant plus d'enfant : ligature des trompes ou des déférents pour l'homme.** Il y a lieu d'encourager la contraception définitive qui permet à la femme de retrouver son cycle et de vivre sa féminité au rythme naturel de ses hormones : soit la stérilisation tubaire par les voies naturelles, par pose de micro-implant d'obturation tubaire sous hystérocopie, appelée méthode « *Essure* » : anesthésie courte, hospitalisation quelques heures ; soit la stérilisation tubaire par pose de clips sur les trompes par voie coelioscopique : anesthésie plus longue, une nuit d'hospitalisation, risques de la coelioscopie, incisions..., **soit inviter le mari à prendre ses responsabilités par son acceptation de la vasectomie** sous anesthésie locale.

1. Pilule, vraies questions et bonne surveillance, H. Hodac, *Santé Magazine*, juin 2006, n° 366.

1. Voir l'excellent film « Juno » sorti aux USA en 2008.

2. *Les Derniers Jours du monde*, comédie catastrophe d'Arnaud et Jean-Marie Larrieu sorti en août 2009, qui montre bien, face à une catastrophe planétaire, les réflexes de vie d'une humanité primitive où le héros n'a pas d'autre porte de sortie qu'une *dernière extase sexuelle*.

1. Le mieux est *Supraminéral* des laboratoires Nutergia à Capdenac, en Aveyron (05 65 64 71 51), à raison de 2 bouchons par jour, dès le petit-déjeuner.

FAUT-IL FAIRE UN BILAN AVANT DE PRENDRE LA PILULE ? OUI, IL DEVRAIT ÊTRE SYSTÉMATIQUE

Aucun laboratoire ne précise la nécessité de ce bilan, car rien n'est imposé légalement en ce domaine.

Les dernières publicités des laboratoires ne précisent absolument pas les dangers. L'un d'entre eux a même le culot de souligner : « *Un point de vue d'expérience – Plus de 20 ans de recul – Remboursé par la Sécurité sociale* ».

Pourtant les laboratoires savent parfaitement les dangers, comme ils les savaient avec le Distilbène. Nul doute que de retentissants procès les attendent, quand les femmes auront été correctement informées des risques qu'elles encourent et comprendront les pourquoi de « *l'Épidémie des cancers du sein* ».

Vérifier l'absence de tabagisme

C'est élémentaire, mais il faut le rappeler aux médecins généralistes, comme aux gynécologues.

Nous proposons que, dans les cas où la jeune fille ou la femme « fumeur » veut à tout prix ce moyen contraceptif, il lui soit demandé, par le prescripteur, de signer une décharge en cas de risque de cancer du sein ou du col de l'utérus.

« Je soussignée... certifie avoir été totalement avertie des

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

l'ovaire.

« Prendre la pilule réduit de façon significative le risque d'apparition de cancer de l'ovaire. Depuis son introduction, elle aurait permis de prévenir 100 000 morts de cancers des ovaires et 200 000 cas dans le monde. C'est le résultat d'une étude publiée cette semaine dans la revue médicale britannique, The Lancet.

Cette annonce fait suite à l'analyse de 45 études épidémiologiques, réalisées dans 21 pays, auprès de 27 257 femmes atteintes d'un cancer de l'ovaire, ainsi que 87 303 femmes non atteintes. L'équipe, dirigée par Valerie Beral, Professeur à l'université d'Oxford (Royaume-Uni), a mis en évidence le caractère préventif de la contraception orale sur le cancer de l'ovaire. Selon les chercheurs britanniques, prendre la pilule pendant 15 ans réduirait de moitié le risque de développer ce type de cancer. Il apparaît également que cet avantage persiste jusqu'à 30 années après l'arrêt de la contraception.

Plus de 100 millions de femmes utilisent ce moyen contraceptif dans le monde. L'étude indique que, dans les « prochaines décennies, au moins 30 000 cas supplémentaires de cancer ovarien seront probablement évités chaque année, en raison de l'utilisation de la pilule ».

Et le rapporteur de conclure par un hymne à la généralisation, sans à aucun moment faire état des dangers de cancers du sein : « Dans un éditorial accompagnant cette étude, le Lancet souligne que les bénéfices de ces pilules l'emportent sur les risques (thrombose, maladie cardiaque, hépatiques...). La revue plaide ainsi pour un élargissement de l'accès à ces contraceptifs – sans ordonnance – pour profiter pleinement de cet effet préventif face au cancer. »

Le cancer de l'ovaire atteint une femme sur 70 ; et le

cancer du sein, entre une femme sur neuf et une femme sur huit.

2. *Pilule contraceptive : moins de cancers de l'ovaire, plus de...*

2008... La pilule contraceptive réduit les risques de cancer de l'ovaire, selon une étude publiée dans la revue *The Lancet* qui confirmerait de façon...

www.psychomedia.qc.ca/pn/modules.php?name=News&file=article&sid=5817-34k

3. *Grâce à la pilule, 100 000 morts par cancer de l'ovaire évitées*

Dans les pays riches, selon l'étude, dix ans de recours à la pilule réduirait, avant 75 ans, l'incidence (nouveaux de cas) de cancers de l'ovaire de 12 pour...

www.vivrefemme.net/Grace-a-la-pilule,-100-000-morts-par-cancer-de-l-ovaire-evitees_a1251.html – 51k –

– Les preuves de l'augmentation des risques de cancer des ovaires et du corps utérin (endomètre), liés aux œstroprogestatifs de la pilule, sont passés sous silence.

Avant et autour de la ménopause, le THS (œstroprogestatifs) augmente les risques de cancer du sein, mais aussi des ovaires et du corps utérin (endomètre).

Dès 1988, Ellen Grant, dans son livre « *The Bitter Pill* » (édition française, voir p. 244), préfacé en français par le Pr Lucien Israël, précisait, p. 147 : « *On tire argument du fait que la pilule arrête l'ovulation et que les ovaires qui ne fonctionnent pas ont moins de chance de développer des kystes ou de devenir malins, mais les deux tiers des nouveaux cas de*

cancer de l'ovaire se produisent chez des femmes entre 55 et 80 ans, dont les ovaires ont cessé de fonctionner depuis longtemps. »

– **Les œstrogestatifs présents dans le THM à la ménopause augmentent les risques de cancer du corps utérin (endomètre).**

La littérature scientifique a montré, dès 1975, que le risque de cancer de l'endomètre augmentait avec la prise de THM. Cette augmentation du risque était liée au fait que les premiers THS étaient uniquement à base d'œstrogène. L'absence de progestérone a d'abord été considérée comme étant à la base de l'augmentation du risque constaté. À l'heure actuelle, ce type de traitement n'est prescrit qu'aux femmes ayant subi une hystérectomie.

L'imprégnation hormonale et spécifiquement œstrogénique que vit une femme au cours de sa vie (entre la puberté et la ménopause) conditionne en partie son risque de cancer du sein. Plus l'imprégnation œstrogénique est importante, plus le risque de cancer du sein augmente. La prise de THS prolonge cette imprégnation hormonale au-delà de la ménopause.

– **Dès 2001, les résultats d'une étude prospective confirment le lien entre THM et cancer de l'ovaire¹.**

L'étude a été menée par des chercheurs de l'American Cancer Society sur 211 581 femmes post ménopausées, de 1982 à 1996. Au début de l'étude, aucune d'elles n'avait eu d'antécédents de cancers ou subi une hystérectomie, ou une chirurgie ovarienne. En examinant les certificats de décès, les chercheurs ont constaté que 944 femmes sont mortes d'un cancer ovarien et 255 d'entre elles avaient rapporté utiliser un THM au début de l'étude.

« Après étude statistique des résultats, il apparaît que les

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

où il y a le plus de rapports sexuels, du fait de la période de fécondité qui donne plus de désirs d'union amoureuse.

« *Par son action sur les récepteurs de la progestérone, EllaOne empêche les grossesses en interférant avec l'ovulation et peut également induire des modifications au niveau de la muqueuse utérine* ». Cela signifie que cette pilule peut avoir des effets contraceptifs empêchant le spermatozoïde de trouver l'ovule pour le féconder et peut aussi être contragestive, c'est-à-dire empêcher la nidation au fond de l'utérus de l'œuf humain, première étape de la vie humaine.

Le dossier scientifique reste curieusement très incomplet, mais nous ne doutons pas que la commission d'agrément passera outre. Plusieurs données ne doivent pas rester sous silence. Nous vous les livrons textuellement :

– « *L'utilisation simultanée de l'ulipristal acétate et d'une contraception d'urgence (pilule du lendemain par le lévonorgestrel n'est pas recommandée.*

– *Ellaone est contre-indiqué pendant une grossesse existante ou suspectée.*

Les données disponibles concernant l'effet sur le fœtus/nouveau-né d'une exposition à l'ulipristal acétate pendant la grossesse, sont extrêmement limitées. Chez l'animal, les données concernant la toxicité sur la reproduction sont insuffisantes. Il n'a pas été déterminé si l'ulipristal acétate est excrété dans le lait maternel humain ou animal.

L'ulipristal acétate est un composé lipophile qui pourrait, théoriquement, être excrété dans le lait maternel. Un risque pour l'enfant allaité ne peut pas être exclu. Après une prise d'Ellaone, l'allaitement n'est pas recommandé pendant au moins 36 heures. Les effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines n'ont pas été étudiés. Ellaone peut avoir une influence mineure ou modérée sur

l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines : des sensations vertigineuses, légères à modérées, sont fréquentes après la prise d'Ellaone, somnolence et vision trouble sont peu fréquentes ; de rares troubles de l'attention ont été signalés. Les données de toxicité sur la reproduction sont insuffisantes en raison de l'absence de données pharmacocinétiques humaines et animales. En raison de son mécanisme d'action, l'ulipristal acétate a un effet embryoléthale chez le rat, le lapin (à des doses répétées supérieures à 1 mg/kg) et le singe. La sécurité pour un embryon humain est inconnue. Chez l'animal, à des doses suffisamment faibles pour maintenir la gestation, aucun potentiel tératogène n'a été observé.

Quant au risque de cancer, voilà comment il est résolu : « Aucune étude de carcinogénicité n'a été effectuée avec l'ulipristal acétate ».

Encore une fois les femmes joueront, sans le savoir, le rôle de cobayes !

1. Communication 54th Annual Meeting of the American College of Obstetricians and Gynecologists ; Washington D.C., USA : 6-10 mai 2006.

1. L'estrogène contenu dans Qlaira est le valérate d'estradiol, un ester du 17 β -estradiol humain naturel (1 mg de valérate d'estradiol correspond à 0,76 mg 17 β -estradiol). Cet estrogène diffère des œstrogènes que sont l'éthinylestradiol ou de sa prodrogue, le mestranol, utilisés dans d'autres pilules œstroprogestatives, par l'absence d'un groupement éthinyle en position 17 alpha. C'est ce radical qui est toxique pour le foie.

Le diénogest est un dérivé de nortestostérone doté d'effets

non pas androgéniques, mais plutôt anti-androgéniques, équivalents à environ un tiers de ceux de l'acétate de cyprotérone. Le diénogest se lie au récepteur de la progestérone de l'utérus humain avec seulement 10 % d'affinité relative à la progestérone. Malgré sa faible affinité pour les récepteurs à la progestérone, le diénogest a un effet progestatif puissant in vivo. Le diénogest n'aurait aucune activité androgénique (effet masculinisant), minéralocorticoïde ou glucocorticoïde significative in vivo.

1. Notons que beaucoup de médecins aujourd'hui parlent de « risques de grossesse » et de « chances de cancer », traduisant mal le mot « chance » qui, en anglais, signifie « probabilité de... ».

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

– **Le remodelage osseux : phénomène permanent**, les ostéoclastes détruisent l'os à renouveler ; les ostéoblastes construisent l'os, ils secrètent une matrice ostéoïde faite de collagène et d'autres protéines, qui sera secondairement minéralisée. Chaque année, 25 % de l'os spongieux et 3 % de l'os cortical de l'adulte sont remplacés.

L'ostéoporose, une maladie grave : 10 000 morts/an en France

– C'est une maladie silencieuse jusqu'à la fracture, il y a donc nécessité de la dépister, les douleurs ne surviennent qu'au stade des complications.

– La déminéralisation est physiologique, inéluctable et commence dès la trentaine, elle est accélérée juste après la ménopause, puis elle ralentit.

– Le risque d'ostéoporose est fonction de l'importance du capital osseux, appelé *pic de masse osseuse*. Il se constitue depuis la vie intra-utérine jusqu'à la fin de la grande adolescence.

– L'ostéoporose associe deux types de perturbations : une diminution de la masse osseuse et une anomalie de la micro-architecture du tissu osseux, générant une fragilité de l'os et une augmentation du risque de fractures.

– Les suites des fractures par ostéoporose peuvent définitivement perturber la qualité de la vie : impossibilité de porter des charges, de prendre les transports en commun, de jardiner, perte de taille par tassement vertébral, douleurs, handicaps...

L'ostéoporose est une maladie nutritionnelle et du stress oxydatif, la prévention est donc en grande partie

nutritionnelle.

Autres causes non nutritionnelles

Les pathologies thyroïdiennes, l'alitement prolongé, la prise répétée ou au long cours de corticoïdes, la ménopause précoce, l'anorexie-aménorrhée (toujours penser au dépistage de l'ostéoporose chez ces jeunes filles, ou grandes sportives sans règles pendant de longs mois), le stress...

Ostéoporose de type 1 ou 2

– La principale cause d'ostéoporose chez la femme est liée à la carence œstrogénique post-ménopausique. Survenant 5 à 15 ans après la ménopause, on parle **d'ostéoporose de type 1**, celle-ci concerne le tissu osseux spongieux (vertébral, extrémité inférieure du radius), avec des risques de fractures-tassements des vertèbres, de cyphose, de diminution de la taille, de douleurs et d'invalidité.

– **L'ostéoporose de type 2** touche hommes et femmes ; liée au vieillissement, elle survient après 70 ans, multifactorielle et touche les tissus osseux spongieux et compacts (vertèbres et fémur, notamment).

Le « gavage aux laitages » ne réduit pas l'ostéoporose !

– Des données publiées dans des posters (N° 3869 et 3902) en 2005, par la Société Européenne de Cardiologie (ESC), ont cherché à démontrer que les produits laitiers réduisent l'hypertension artérielle et la prévalence du « *Syndrome métabolique* », y compris de l'ostéoporose. – Ils sont plus que

discutables. En effet, l'étude a porté sur 1072 hommes âgés de 45-64 ans issus de la cohorte française du projet Monica (Multinational MONItoring of Trends and Determinants en Cardiovascular Disease). Les apports en calcium et la consommation de produits laitiers (laits, fromages, yaourts) étaient estimés à partir d'un carnet alimentaire de 3 jours. – Quelle valeur peut-on donner à un tel travail sur 3 jours d'alimentation, probablement sponsorisé, directement ou indirectement, par le lobby des produits laitiers ? Les pays qui ont le plus grand nombre de femmes ostéoporotiques, les pays scandinaves, sont les plus gros consommateurs de laitages de vache !

Maladie négligée qui peut être prévenue

Les profils ostéoporotiques.

– Sur 10 millions de femmes ménopausées en France, 3,5 à 4 millions seraient ostéoporotiques ; 30 % des femmes de 50 ans ; 50 % des femmes de 60 ans (1/5 seulement est diagnostiqué). 40 % des femmes de 50 ans présenteront une fracture par fragilité osseuse (poignet, colonne vertébrale, fémur ou autres, soit 50 000 fractures du col du fémur ; 70 000 tassements vertébraux ; 55 000 fractures du poignet).

– Depuis le 1^{er} juillet 2006, **l'ostéodensitométrie est remboursée à 70 % sur la base d'un tarif fixé à 39,96 €**. Le remboursement coûte 30 à 40 millions d'euros à la Sécu... Ce qui serait rentable par rapport au coût de 500 à 600 millions par an que coûte l'ostéoporose, d'après le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, en octobre 2005. Il n'est pas certain que toutes les femmes en aient besoin, mais l'intérêt de certains spécialistes est de le leur faire croire¹ !

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

« maladie du trèfle ».

– En 1964, on détecte pour la première fois les phyto-œstrogènes par chromatographie, et ce sont des isoflavones qui sont extraits de ce trèfle souterrain. Ils sont au nombre de 6.

– En 1970, on voit aussi qu'une pâture riche en phyto-œstrogènes entraîne une chute des taux de progestérone plasmatique chez les femelles qui ne sont pas fécondées.

Cette action passe par une inhibition de la synthèse et/ou du relargage de la LH hypophysaire.

– En 1982, des béliers, sur des « pâtures œstrogéniques », produisent un sperme qui n'est pas altéré. Mais si ces béliers sont castrés, alors ils ont une *gynécomastie*, c'est-à-dire des glandes mammaires qui apparaissent et qui peuvent produire du lait (galactorrhée).

Cela veut bien dire que les phyto-œstrogènes n'ont pas d'effet œstrogénique chez le bélier normal. Par contre, si le bélier est castré, c'est-à-dire sans capacité de production des hormones mâles, du fait de leur insuffisance de sécrétion, puisque les testicules sont absents, alors les phyto-œstrogènes ont une efficacité de type féminine, œstrogénique.

PREUVES CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES DE L'INTÉRÊT DES PHYTOHORMONES DANS LA PRÉVENTION DES CANCERS

Des études épidémiologiques en Asie, en Inde et en Occident

– Chez les femmes asiatiques, grandes consommatrices de phyto-hormones et très faibles consommatrices d'hormones de synthèse (pilules et THS) : les risques de cancer du sein sont faibles (Yuan 1995). Voir la question : Cancer du sein au Japon et en Chine.

– Chez les femmes asiatiques, à l'adolescence, la consommation de phytohormones : risques de cancer du sein diminués chez les adultes ayant migré aux USA (Wu 2002). Cette protection disparaît à la deuxième génération, alors que les habitudes alimentaires s'occidentalisent.

– Chez les femmes indiennes, la consommation de phytohormones est corrélée avec une forte réduction du risque de cancer du sein chez les femmes non ménopausées (Dos Dantos Silva 2004).

– Chez les femmes occidentales non ménopausées, la consommation de phytohormones de soja a des effets peu clairs. Elle peut réduire les risques de cancer du sein chez les femmes ayant des récepteurs d'œstrogènes (Linseisen 2004) (Mc Cann 2004). Mais Touillaud *et al.*, 2005, montrent, au contraire, que

la prise de polyphénols œstrogéniques augmente l'incidence des cancers du sein ER +.

Doses et temps d'exposition

– Avant la puberté : l'exposition phytohormonale à très fortes doses peut-entraîner un risque de puberté précoce, c'est un effet œstrogénique – **donc : pas de lait de Soja avant la puberté + + +** (Lee 2004).

Sinon, l'effet est plutôt protecteur des cancers du sein dans une alimentation asiatique. À noter que, dans ce cas, la consommation des phyto-œstrogènes de soja n'est significative qu'après 3 ans d'âge.

– Peu près la puberté, chez les asiatiques (Shu 2001 & Wu 2002), la prise de soja réduit le risque de cancer du sein, plus que la prise de soja à l'âge adulte.

– Les migrantes à l'âge adulte conservent la protection contre le cancer du sein.

– Les migrantes de 2^e génération diminuent la consommation en phytohormones et les risques de cancer du sein augmentent.

On explique la différence entre les femmes asiatiques jeunes et occidentales adultes par le fait que les phyto-œstrogènes interagissent avec l'ADN des cellules et les empêchent de devenir cancéreuses. La prise d'isoflavones de soja lorsqu'elle commence tôt prévient les cancers du sein, notamment. Toutefois, si la prise d'isoflavones se fait alors que des cellules cancéreuses qui répondent aux œstrogènes sont déjà présentes, leur effet devient alors néfaste, comme l'est celui des œstrogènes endogènes.

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

autre espèce ; il existe 600 espèces.

– *Dioscorea villosa*, on utilise les racines, les rhizomes et les tubercules, il est le seul *Dioscorea* à la pharmacopée française (homéopathique).

– Les tubercules, *Dioscorea floribunda*, sont aussi utilisés dans l'industrie. Il faut 16 à 18 tonnes de tubercules pour obtenir 500 kg de diosgénine.

Dans l'esprit du grand public, une confusion – entretenue pour des raisons commerciales – s'est faite entre la progestérone « naturelle » (même celle-ci n'est pas vraiment naturelle, car obtenue par hémisynthèse) utilisée par le Dr John R. Lee, douée de véritables effets thérapeutiques, et le yam¹.

Certains fabricants peu scrupuleux ont vendu, sur Internet, des crèmes à activité hormonale à base de progestérone naturelle, sous l'étiquetage « extrait de yam ». Il s'ensuivit un engouement pour le yam et l'explosion du marché (non contrôlé) de toutes sortes de compléments alimentaires à base de yam. Tout cela sans aucune preuve scientifique².

Les certitudes

– *Dioscorea villosa* et *Dioscorea floribunda* contiennent de la diosgénine, molécule précurseur d'hormones stéroïdes, ayant servi pendant 50 ans à leur production par hémisynthèse dans l'industrie pharmaceutique (œstrogènes, progestatifs, testostérone, corticostéroïdes). D'autres végétaux sont actuellement utilisés.

– De grands intérêts commerciaux ont été en jeu. Le yam a été « marketé » comme une panacée hormonale, tant pour l'homme que pour la femme³. Ce qui n'est pas démontré scientifiquement.

– Le pouvoir hormonal de la diosgénine : aucun, tout au plus peut-on s'autoriser à écrire un phyto-précurseur d'hormones !

– Des études cliniques, avec des effets thérapeutiques, dont anti-oxydants, anti-inflammatoires, anti-rhumatismaux, de *Dioscorea villosa*, mais aucune démonstration d'une quelconque action hormonale (hormis placebo...).

Les indications sont les mêmes que celles des progestatifs de synthèse, en dehors de la contraception.

La nature n'a pas mal fait les choses !

Il existe des phyto-œstrogènes et il existe aussi des phyto-progestagènes, c'est-à-dire des végétaux mimant l'action de la progestérone (progestérono-mimétiques).

La plante progestagène majeure est le gattilier, *Vitex agnus castus*, qui a été très étudié en Allemagne.

Des publications attestent de son action hormonale : chez l'animal, augmentation démontrée de la progestérone et rétablissement du rapport œstrogènes-progestérone + action anti-prolactine. Cette dernière propriété a pu expliquer des succès dans des cas d'aménorrhée et d'infertilités inexplicables. Ce végétal est traditionnellement réputé anaphrodisiaque (sur les moines, pas sur les femmes aux posologies employées), emménagogue, sédatif, antispasmodique.

Il est dit anti-gonadotrope, c'est-à-dire qu'il régule l'hypophyse au niveau des hormones FSH et LH qui commandent les sécrétions ovariennes d'œstrogènes et de progestérone.

D'autres espèces de *Vitex* sont utilisées dans le monde, pour des usages anticonceptionnels (*Vitex negundo* en Inde) d'utilisation traditionnelle.

L'achémille, *Alchemilla vulgaris*, régularise le flux menstruel, limite la cellulite et calme les mastoses ; est sédatrice, anti-radicalaire, anti-hémorragique.

L'achillée millefeuille, *Achillea millefolium*, contient du lutéolol, est spasmolytique et calme les douleurs de règles.

Le grémil, *Lithospermum officinalis*, contient de l'acide lithospermique qui, chez l'animal, a des propriétés anticonceptionnelles ; il est anti-gonadotrope.

La mélisse, *Melissa officinalis*, contient aussi de l'acide lithospermique, elle est ainsi anti-gonadotrope. Elle a des propriétés anti-prolactine comme le gattilier, elle est spasmolytique et sédatrice. C'est une belle plante pour la femme.

La verveine, *Verbena officinalis*, qu'on ne doit surtout pas confondre avec la verveine odorante des jardins, *Lippia citriodora*, est très intéressante pour ses diverses propriétés : anti-gonadotrope, tonique, anti-dépressive, anti-migraineuse, résolutive sur la cellulite.

Ces plantes, comme celles contenant des phyto-œstrogènes, ne doivent pas être prescrites chez la femme enceinte ou allaitante. À la différence des phyto-œstrogènes, dans l'état actuel des connaissances les phyto-progestagènes sont sans danger chez une femme atteinte d'un cancer du sein, même évolutif.

Le wild yam ou igname du Mexique, *Dioscorea villosa*, n'est pas un phyto-progestagène. Il contient de la diosgénine, précurseur d'hormones stéroïdes ayant servi à leur production par hémisynthèse en industrie, et maintenant remplacé par des phytostérols d'autre origine végétale (notamment insaponifiable d'huile de soja, contenant stigmastérol et sitostérol). Cette plante est tout au plus une phyto-pro-hormone. Aucune démonstration n'a été apportée du caractère hormonal de cette

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

sein. L'hyperœstrogénie peut avoir pour conséquence une hypothyroïdie.

Le traitement est simple : il convient de prescrire des phyto-progestagènes

– **Il n'y a PAS lieu de prendre de phyto-œstrogènes sous peine de renforcer le climat d'hyper-œstrogénie.** Il n'y a donc pas de place pour le soja en préménopause, contrairement à ce qu'on lit sur un certain nombre de boîtes. Certes, il est tentant d'élargir le marché aux femmes en préménopause, mais le déséquilibre hormonal n'est pas du tout celui de la ménopause et il existe des phyto-progestagènes efficaces !

– **Toutefois, en phase d'hypo-œstrogénie transitoire (seins souples, absence de règles, bouffées de chaleur),** il est tout à fait possible d'ajouter des phyto-œstrogènes aux phyto-progestogènes puis de les stopper à l'arrivée des règles.

– **En cas de règles trop longues ou abondantes,** des plantes anti-hémorragiques seront aussi, actives contre les douleurs de règles : Bourse à pasteur, *Capsella bursa pastoris*, hémostatique, veinotonique, stimulant du muscle utérin – Alchémille, *Alchemila vulgaris*, hémostatique, progestagène, veinotonique Achillée millefeuille, *Achillea millefolium*, hémostatique, anti-inflammatoire, anti-spasmodique plus particulièrement au niveau pelvien – *Viburnum*, *Viburnum prunifolium*, hémostatique, spasmolytique du muscle utérin, sédative, anti-inflammatoire, veino-tonique.

La place de la phytothérapie à la ménopause et post-ménopause se situe à divers niveaux

– une phytothérapie hormonale de base que nous nommons traitement phyto-hormonal de ménopause physiologique, TPHM.

– une phytothérapie symptomatique des troubles de la ménopause : complémentaire, nécessaire en cas de bouffées de chaleur et/sueurs invalidantes, en cas de sécheresse vaginale, préventive en l'absence de risque osseux ou complémentaire en cas d'ostéopénie ou d'ostéoporose ; en prévention du vieillissement général.

Le désordre hormonal de la préménopause est physiologique : la réduction de la production de progestérone est première, la réduction de production œstrogénique est plus lente. Ces « réductions hormonales » sont programmées et inéluctables. C'est la fin physiologique du temps de fécondité de la femme.

Le « climat d'hyper-œstrogénie » relative, par rapport à l'hypoprogestéronémie se traduit par :

– l'anarchie au niveau des règles : cycles irréguliers, courts et/ou longs.

– des règles moins abondantes.

– l'aggravation ou l'apparition d'un syndrome prémenstruel, d'une mastose le plus souvent bilatérale.

– le développement de pathologies associées : fibromes, hyper-plasie de l'endomètre, c'est-à-dire « petite prolifération » au niveau de l'intérieur de l'utérus.

Des phases d'hypo-œstrogénie aléatoires et transitoires sont donc possibles, elles rendent le traitement plus difficile à équilibrer.

– Rechercher une pathologie thyroïdienne.

Il ne faut pas oublier de conseiller le dépistage, au moindre signe (nervosité ou plutôt fatigue excessive et inexplicée) d'une pathologie thyroïdienne (dosage sanguin de la Thyroxine = T4 et de la TSH = ThyroStimuline Hormone fabriquée par l'hypophyse pour stimuler la thyroïde à fabriquer ses propres hormones, iodurie des 24h).

– Le traitement est simple : PAS de phyto-œstrogènes sous peine de renforcer le climat d'hyper-œstrogénie, donc pas de place pour le soja en préménopause.

Lors des phases d'hypo-œstrogénie transitoires : phyto-progestagènes + phyto-œstrogènes jusqu'à l'arrivée des règles.

En cas de règles trop longues ou abondantes : des plantes anti-hémorragiques et actives contre les douleurs de règles :

– Bourse à pasteur, *Capsella bursa pastoris* : les parties aériennes

– Alchémille, *Alchemilla vulgaris* : les parties aériennes

– Achillée millefeuille, *Achillea millefolium* : les sommités fleuries

– *Viburnum*, *Viburnum prunifolium* : l'écorce.

Les phytohormones : alternatives écologiques au THS et THM

Actuellement, de plus en plus d'études tendent à remplacer les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause par des conseils alimentaires contenant des phytoœstrogènes¹.

– Les premières études randomisées sont positives en faveur des phyto-œstrogènes. De plus, l'acceptabilité de ces traitements est excellente, car les femmes s'orientent de plus en plus souvent à juste raison vers des traitements « écologiques ».

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

Il faut distinguer :

– **une phytothérapie hormonale de base** que nous nommons traitement phyto-hormonal de ménopause physiologique, TPHM. Elle est souvent suffisante¹, peut parfois être complétée s'il persiste des bouffées de chaleur, par un traitement hormonal substitutif de ménopause à faibles doses THM (ex THS) et surtout de courte durée.

– **une phytothérapie symptomatique** des troubles de la ménopause, complémentaire, nécessaire en cas de bouffées de chaleur et/sueurs invalidantes et complémentaire, nécessaire en cas de sécheresse vaginale et des troubles qui en résultent. Elle est aussi préventive en l'absence de risque osseux ou complémentaire en cas d'ostéopénie ou d'ostéoporose et en prévention du vieillissement général.

– **une phytothérapie générale de terrain** qui concerne plus la prise en charge globale de la femme (stress, circulations, drainage, immunité...).

La prescription

– Elle associe des phyto-œstrogènes et des phyto-progestagènes dans un souci de se calquer sur le cycle menstruel et sur le principe du THM².

– L'apport de prébiotiques et de probiotiques dans le cadre d'un régime riche en fibres alimentaires permet non seulement une meilleure tolérance, mais aussi d'optimiser le métabolisme des nutriments de l'alimentation et des thérapeutiques naturelles, qu'il s'agisse d'isoflavones de soja ou de calcium et de vitamines D et K1, fondamentales dans le cadre de la prévention de la déminéralisation.

Les indications³ à la ménopause, soit TPHM d'emblée

soit TPHM en association avec un THM pour en diminuer la posologie. Le TPHM est alors associé au protocole de sevrage d'un THM.

Les phases d'hypo-œstrogénie de la préménopause alternent avec des phases d'hyper-œstrogénie relative au cours desquelles on prescrit uniquement des phyto-progestagènes.

– **La posologie est à corrélér au poids de la patiente**, on ne va pas donner la même dose à une patiente de 45 kg et à une de 80 kg, c'est une lapalissade, et pourtant ce n'est jamais écrit. Elle sera appréciée individuellement en fonction de la clinique, de l'intensité des symptômes : bouffées de chaleur, sueurs, mal-être, fatigue, et d'une mesure objective de l'index hormonal sur le frottis cervico-vaginal.

– **La tolérance est spécifique de chaque femme**. Tout végétal est susceptible d'induire des intolérances. Des troubles digestifs ont pu être décrits avec le soja.

– **La vitesse d'action est rapide**. Fausse, l'idée que la phytothérapie ou l'homéopathie mettent du temps à être efficaces. Si le traitement s'avère insuffisant, il ne faut pas attendre plus de 2 ou 3 semaines pour le modifier ou le compléter.

– **Les résultats tangibles** : le TPHM permet dans la majorité des cas une diminution et au mieux une cessation des bouffées de chaleur et sueurs, un meilleur équilibre psychique, une amélioration du tonus physique, du sommeil, de la sécheresse cutanée et vulvo-vaginale, et parfois de certains troubles génito-urinaires. Il ne fait pas prendre de poids. Il n'a qu'une petite action préventive sur la minéralisation.

Les contre-indications du TPHM, comme du THS ou THM : toute patiente traitée ou ayant été traitée pour un cancer du sein ou une lésion précancéreuse.

La phytothérapie hormonale en cas de bouffées de chaleur et/ou de sueurs

– Les symptômes peuvent être invalidants, perturber le sommeil et parfois engendrer des fatigues intenses, voire des états dépressifs. Ils peuvent résister au simple TPHM physiologique, le recours au THM classique n'est toutefois par forcément immédiat. D'autres étapes sont envisageables et demandent un peu de patience.

– Les premières mesures doublent, voire triplent provisoirement la posologie du TPHM physiologique dont l'effet sur les bouffées de chaleur est dose-dépendant. Si cela n'est pas suffisant, on pourra modifier le TPHM dans sa formulation.

– Il faut être prudent avec le marché des phytomédicaments¹.

Nous avons attiré l'attention des autorités de santé et des médias dès mai 1999 en appelant à la prudence avec les phyto-hormones¹.

On peut associer d'autres phyto-œstrogènes au TPHM physiologique afin de renforcer son action œstrogénique ou renforcer le TPHM physiologique par des phyto-progestagènes très anti-gonadotropes, comme le gattilier, *Vitex agnus castus*, mais aussi la mélisse, *Melissa officinalis*, qui est, de plus, anxiolytique.

En cas d'échec des thérapeutiques phyto-hormonales

Tout en conservant un TPHM physiologique, on peut proposer d'instaurer un traitement phytothérapeutique de l'anxiété avec des plantes à activité GABA-ergique, comme l'eschsoltzia, *Eschsoltzia californica*, la balotte noire, *Balotta nigra*, la passiflore, *Passiflora incarnata*, la fumeterre, *Fumaria officinalis*, la valériane, *Valeriana officinalis*, qui

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

RÉSUMÉ DE L'ACTION DES PHYTOHORMONES EN CANCÉROLOGIE

Les effets *in vitro* dans des cultures cellulaires

On peut résumer les actions anti-cancer des phytohormones en 7 points.

1. Anti-oxydante : effet « antirouille » au niveau de la cellule (par augmentation du carotène plasmatique et de la vitamine C) et anti-radicalaires (lutte contre les radicaux libres qui abîment les cellules). Les phytohormones ont aussi des actions anti-oxydantes en inhibant en partie la peroxydation.

2. Anti-angiogénique, inhibant la microvascularisation, donc l'apport de sang à la tumeur. Les Isoflavones à des taux élevés, doubles de ceux trouvés par la consommation habituelle de soja (10 pmol/l), diminuent de 40 % la vascularisation tumorale en culture. La Génistéine, à fortes doses, inhibe « *in vitro* » la prolifération des cellules endothéliales. Elle aurait une action anti-angiogénique, inhibant la vascularisation tumorale et ainsi la progression tumorale.

3. Apoptotique, mort de la cellule cancéreuse qui continuait à se multiplier anormalement. Elle induirait l'apoptose (la mort naturelle) des cellules cancéreuses humaines de cancer du sein, MCF 7 en culture, via le Protéine dite p53. De même chez la souris, la génistéine réduirait le nombre des métastases

pulmonaires des mélanomes (tumeurs mélaniques de la peau) induits.

4. Inhibition de l'aromatase responsable de la conversion irréversible des androgènes à 19 carbones en œstrogènes à 18 Carbones dangereux pour la glande mammaire. Les phytohormones ont plusieurs rôles anti-enzymatiques : inhibiteur d'œstrogènes synthétases ou d'aromatases pour des cellules cancéreuses comme pour des cellules normales.

5. Inhibition de la Topo-isomérase de type I et II, de la Tyrosinekinase et d'autres enzymes impliqués dans la cancérogénèse.

6. Les phyto-homones règlent aussi la cholestérolémie en inhibant la cholesterol 7 alpha hydroxylase, d'où leur rôle hypocholestérolémiant.

7. Action anticarcinogène : les catéchines, flavonoïdes du thé vert et du thé noir, inhibent l'activation d'un puissant carcinogène du tabac, la 4-méthyl nitrosamine. Les lignées cellulaires en culture de tumeurs coliques en présence d'isoflavonoïdes se multiplient moins, mais cela n'a pas été confirmé sur des cellules de cancer colique induit chez le rat.

Les études in vitro, en cultures cellulaires, sont aussi essentielles pour connaître les effets des doses importantes ou très élevées sur les cellules.

À des doses supra-physiologiques – donc nettement supérieures à la normale – on obtient l'inverse d'une protection cellulaire, une stimulation de la croissance tumorale.

Cela est important à savoir, pour éviter de consommer trop de médicaments. En pensant se protéger, on peut faire l'inverse.

C'est d'ailleurs ce qui a été observé dans les études chez les hommes à risque de cancer broncho-pulmonaire qui furent supplémentés largement avec de super doses de vitamines C ou

de provita-mine A.

Les suppléments ont eu des effets inverses à ceux qui étaient attendus : une augmentation du nombre des malades atteints de cancer des voies respiratoires.

Les effets des phytohormones *in vivo*, surtout chez l'animal.

– Un rôle protecteur anti-athéromateux. Les phyto-hormones protègent les vaisseaux de leur « *encrassement* ». Dans un type particulier de souris, ils peuvent stimuler l'activité immunitaire, inhiber l'oxydation du LDL cholestérol et ainsi prévenir l'athérome.

– Leurs effets antiœstrogéniques jouent un rôle dans la prévention des cancers hormono-dépendants.

– Au niveau du tube digestif, ils inhibent la formation des acides biliaires 1 et 2 et peuvent ainsi protéger du cancer du côlon. La génistéine diminue les foyers précancéreux, adénomateux du cancer colique, chimiquement induits.

– Chez le rat, l'administration néo-natale de génistéine aurait un rôle préventif dans l'apparition de cancer chimio-induit, avec une augmentation du laps de temps d'apparition du cancer et une diminution de l'incidence et du nombre de cancers.

– Dans les cancers du foie : 2 nmol d'Isoflavones par kilo entraînent la suppression des premiers stades du cancer du foie induit par la di-ethyl-nitrosamine.

Chez l'animal existent des différences entre les espèces. Par exemple, chez le porc, la concentration plasmatique d'équol est, à consommation égale, 10 à 15 fois inférieure à celle des brebis et des vaches. Le porc conjugue, c'est-à-dire métabolise ou utilise moins l'équol que les ruminants.

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

permettent de les métaboliser plus rapidement, qu'il s'agisse des médicaments de l'anesthésie ou de chimiothérapie,

- Les RNO : il s'agit de fragments d'ARN de levures qui protègent globules blancs et plaquettes pendant les chimiothérapies,

- L'immunothérapie à doses infinitésimales : elle protège et stimule le système immunitaire²,

- La sérocytothérapie : jadis remboursés par la sécurité sociale, ces médicaments constitués d'immunoglobulines spécifiques, sont issus de tissus ou d'organes et ont un effet régulateur sur les organes perturbés. Cet effet de régulation est appelé immunomodulation³,

- L'acupuncture, l'auriculothérapie, l'ostéopathie...

La phytothérapie pendant la radiothérapie

Certains antioxydants comme la vitamine C, le thé vert, le ginkgo, *Ginkgo biloba*, préparé à partir des feuilles jaunes selon un protocole d'extraction spécifique, qui lui confère de plus des propriétés anti-fibrose, peuvent être pris tout au long de la radiothérapie.

Il semble préférable de conseiller des acides gras alkylglycérols issus d'huile de foie de requin ou d'huile de chimère plutôt que des acides gras polyinsaturés (oméga 6 ou oméga 3) pendant la radiothérapie.

Les alkylglycérols limitent notamment les effets secondaires de la radiothérapie, on les commence un mois avant à raison d'1,5g/j, on les continue pendant les rayons à 3g/j, puis on les poursuit encore un mois à 1,5g/j.

Les plantes immunostimulantes précédemment citées peuvent être prescrites tout au long de la radiothérapie.

Les huiles de bourrache et d'onagre (oméga 6) aident à la cicatrisation cutanée, une fois la radiothérapie terminée.

Traitements locaux sur le sein et toute la région irradiée

Localement divers protocoles ont prouvé toute leur efficacité, malgré l'interdiction de la majorité des radiothérapeutes de mettre quoi que ce soit sur le sein après irradiation.

L'application d'huile essentielle pure de niaouli, *Melaleuca quinquenervia*¹, immédiatement, puis trois heures après, a largement fait ses preuves.

L'huile essentielle de Niaouli pure (en pharmacie, flacon de 60 ml) est à mettre immédiatement le plus vite possible après chaque séance de rayon et à renouveler 3 h après. L'application doit être large avec la main, épaule comprise et sternum, et cou.

Le gel pur d'aloès, *Aloe vera*, seul ou après l'huile essentielle, ne peut être que réparateur.

Divers autres remèdes naturels peuvent être proposés au cours d'une radiothérapie :

- l'homéopathie avec des souches spécifiques de la radiothérapie et de ses effets secondaires ;
- les 3 acides de Le Foll, dérivés de l'acide acétique par voie générale et locale ;
- le silicium organique par voie générale et locale (ERGYSIL GEL de Nutergia), plutôt après la radiothérapie ;
- des produits locaux à base d'huiles de poisson.

Après les traitements lourds de la chimiothérapie et la radiothérapie

Le médecin adapte la prise en charge naturelle de façon individuelle en fonction des réactions de chaque femme aux anti-hormones, qu'il s'agisse de tamoxifène ou d'anti-aromatases. Trois jours avant et dix jours après chaque injection d'herceptine, on peut proposer des probiotiques, des oméga 3, du coenzyme Q10, du curcuma-poivre à raison de 600mg/j.

En post-cure, il nous paraît indispensable de proposer des thérapeutiques au long cours, alternance d'anti-oxydants (végétaux, minéraux, vitamines), d'omega 3, de symbiotiques, de chlorophylle magnésienne, de curcuma-poivre... dans un souci permanent de la qualité de la nutrition.

1. Apport des médecines naturelles pour limiter les effets secondaires des chimiothérapies et radiothérapies, Dr E. Menat, *Phytothérapie* (2004), n° 5 : 149-152, Springer.

2. Voir un médecin homéopathe pour une consultation globale sur les constitutions et les diathèses, en sus du symptomatique.

1. Plante africaine découverte par le Dr Pierre Tubery, <http://tubery.pierre.free.fr> Association Solidarité Soutien aux malades, tél. 05 34 25 94 60.

2. 10 grammes dans un litre d'eau, faire bouillir pendant quinze minutes, boire dans la journée, chaud ou froid.

3. Autre plante africaine découverte par le Dr Tubery.

4. Le Curcuma, cours du Pr M. Edeas, président de la SFA, Société Française des Anti-Oxydants, D.U. de phytothérapie, Faculté de médecine Paris 13, 2005. Curcuma-Santé, Effets protecteurs à l'égard des polluants, Effets anti-inflammatoires et anti-mutagènes, État des connaissances scientifiques sur les extraits concentrés, conférence Dr G Gerber, France, 2009. Le curcuma, en prévention du cancer et en accompagnement du

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

(légumineuse + céréales complète : riz complet, ou quinoa, petit épeautre, sarrasin..)

– Une viande rouge une à deux fois par semaine, parmi les 14 repas.

– Un légume de saison cuit à la vapeur douce + ½ verre de vin rouge de qualité (100 à 125 ml).

– Dessert : un ou 2 fruits frais de saison.

Goûter : un fruit + 1 verre d'eau ou une grande tasse de thé ou infusion.

Dîner léger

– Une grande salade mixte ou légumes ou soupe de légumes cuits à la vapeur douce + céréale complète ou légumineuse + salade verte, avec fromage de chèvre ou brebis.

– Dessert : 1 ou 2 fruits frais de saison + ½ verre de vin rouge de qualité (100 à 125ml).

Pourquoi 4 fois moins de cas de cancer du sein au Japon, par rapport à la France ?

Incidence et mortalité comparées au Japon et en France, par cancer du sein.

– Au Japon, l'incidence du cancer du sein est de 24,3 pour 100 000 femmes.

On comptait en 1997 une population de 125 400 000 personnes et le nombre de femmes décédées de cancer du sein était de 8393.

– En France, l'incidence du cancer du sein est de 90 pour

100 000 femmes. On comptait en 2000 une population de 62 614 000 personnes (Métropole et Outre Mer) et le nombre de femmes décédées de cancer du sein par an était de 11 637 en 2000.

Des habitudes alimentaires et de santé différentes en Asie

– Évidemment, il y a le soja, les poissons, le riz... mais aussi le ginseng¹.

Chez 1 455 Chinoises ayant un cancer du sein, les résultats indiquent que le taux de survie était supérieur chez les femmes qui prenaient régulièrement du ginseng avant que le cancer ne soit diagnostiqué. Aussi, celles qui ont consommé du ginseng après avoir reçu leur diagnostic ont eu une meilleure qualité de vie. Le ginseng asia-tique (*Panax ginseng*) peut tonifier l'organisme des personnes fatiguées ou affaiblies, pour rétablir la capacité de travail physique et la concentration intellectuelle, et accélérer la convalescence. Les résultats de quelques études préliminaires indiquent que le ginseng asia-tique et son cousin américain (*Panax quinquefolius*) auraient une action modulatrice sur le système immunitaire. Les scientifiques ignorent encore quels sont les mécanismes d'action du ginseng.

– Une consommation faible d'hormones, tant comme pilules que THM.

1. La consommation de vitamine E à la dose minimum de 50 mg par jour est très utile et conseillée pour éviter les récives d'accidents cardio-vasculaires après infarctus.

2. Chang SC et coll. : Association of energy intake and energy balance with postmenopausal breast cancer in the prostate, lung, colorectal, and ovarian cancer screening trial,

Cancer Epidemiol Prev 2006 ; 15 : 334-41.

1. Voir *Guide pratique de Gastronomie familiale, L'art et le Plaisir pour la Santé*, 2^e édition, 2009 et *Tout à la Vapeur douce : 100 Nouvelles recettes*, Christine Bouguet Joyeux, Éd. F.-X. de Guibert, 2005.

1. Cui Y, Shu XO, Gao YT, et al. Association of Ginseng Use with Survival and Quality of Life among Breast Cancer Patients, *Am J Epidemiol*, 2006 Apr 1 ; 163 (7) : 645-53. Epub 2006 Feb 16.

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

48(1) : 22-27, 2004, L. Q. Qin, J. Y. Xu, P. Y. Wang, T. Kaneko, K. Hoshi, A. Sato. Mais aussi : « Dairy products, calcium and phosphorus intake, and the risk of prostate cancer : results of the French prospective SU.VI.MAX (Supplémentation en Vitamines et Minéraux Antioxydants) study ». Br J Nutr. 2006 Mar ; 95(3) : 539-45. Kesse E, Bertrais S, Astorg P, Jaouen A, Arnault N, Galan P, Hercberg S.

1. Mendez MA, Anthony MS, Arab L. Soy-based formulae and infant growth and development : a review. J Nutr 2002 ; 132 : 2127-2130.

1. *Guide pratique de Gastronomie familiale*, Christine Bouguet Joyeux, Éd. F.-X. de Guibert, 2008.

LES APPORTS EN CALCIUM SANS LAITAGES

Le métabolisme du calcium dans l'organisme

– **Notre corps élimine** en moyenne 500 mg de calcium osseux par jour.

On retrouve 99 % du calcium dans les os et 1 % dans le sang. Le calcium aide à la prévention de l'ostéoporose. Les besoins en calcium après 50 ans sont de 1 200 mg par jour, et de 1 500 mg par jour en cas d'ostéoporose.

La Biodisponibilité

Elle représente la quantité d'un élément nutritif de source alimentaire qui est **absorbée** et **utilisée** par l'organisme

– **L'assimilation du calcium laitier animal** atteint un taux record de 30 à 35 %.

– **L'assimilation du calcium végétal** est nettement supérieure pour des végétaux fortement consommés quand ils ne sont pas captés par les phytates et oxalates, eux-mêmes présents dans les végétaux, qui empêchent l'absorption digestive.

Le calcium des épinards une fois cuits n'est absorbé que pour 5 %, soit 6 mg, alors qu'ils en contiennent 100 mg pour 100 g.

Voici les niveaux d'absorption du calcium qui sont

supérieurs à ceux des laitages animaux, quand les végétaux sont consommés crus ou cuits à la vapeur douce :

Radis cru 74 % ; cresson frais 67 % ; choux de Bruxelles 64 % ; rutabaga 61 % ; choux vert 59 % ; brocolis 53 % ; feuilles de navet 52 %.

Évidemment le nombre de rations de ces végétaux à consommer est supérieur à une ration d'un quart de litre de lait qui apporte 315 mg de calcium, dont 32 % est absorbé, soit 101mg. Elles sont respectivement, en suivant l'ordre des végétaux cités, de 9 ; 6,6 ; 5,3 ; 3,9 ; 1,8 ; 4 et 1,8.

Comment consommer du calcium sans trop de produits laitiers ?

630 mg de Calcium dans 100 g d'orties
290 mg de Calcium dans 100 g de sardines fraîches
250 mg de Calcium dans 100 g d'amandes
255 mg de Calcium dans 100 g de Soja en grain
200 mg de Calcium dans 100 g de persil frais
200 mg de Calcium dans 100 g de crevettes
175 mg de Calcium dans 100 g de noix et noisettes
165 mg de Calcium dans 100 g de pissenlis
160 mg de Calcium dans 100 g de cresson
160 mg de Calcium dans 100 g de figues sèches
140 mg de Calcium dans 100 g de jaune d'œuf
100 mg de Calcium dans 100 g d'olives vertes
104 mg de Calcium dans 100 g d'épinards
100 mg de Calcium dans 100 g d'endives
60 mg de Calcium dans 100 g figue fraîche
55 mg de Calcium dans 100 g d'abricot sec
50 mg de Calcium dans 100 g de brocolis frais

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

risque de cancer du sein, notamment chez les sujets jeunes. D'après leurs estimations, les femmes de moins de 50 ans qui ont l'habitude de boire au moins trois tasses de thé par jour, ont 37 % de risque en moins de développer un cancer du sein. Pour le cancer lobulaire invasif du sein, le bénéfice passe à 66 %. Cette étude confirme les vertus anti-cancer du thé. Ses effets protecteurs contre la maladie viendraient des antioxydants contenus dans la boisson. Dans leurs conclusions, les chercheurs avancent ainsi l'hypothèse que le thé, qui est l'un des breuvages les plus consommés au monde, aurait un rôle intéressant à jouer en matière de prévention du cancer du sein. »

Un « ballon de vin » au milieu de chaque repas

– Le vin, bu avec modération, est « *la plus saine et la plus hygiénique des boissons.* » Louis Pasteur.

– Celles et ceux qui consomment du vin ont un mode de vie plus sain que les buveurs de bière.

Des chercheurs danois¹ se sont penchés pendant 6 mois sur le contenu des chariots de supermarché de leurs concitoyens, grâce à la coopération de 96 magasins. Leur enquête a porté sur 3,5 millions de tickets de caisse qu'ils ont méticuleusement analysés.

Les buveurs de vin achètent plus volontiers des « produits de santé » tels que des olives, des fruits et légumes, de la volaille, des huiles de cuisson, des produits allégés en matières grasses et, plus généralement, des produits dits de régime méditerranéen. Au contraire, les buveurs de bière sont plus attirés par les plats cuisinés, la charcuterie, les sucreries, les viandes grasses, les chips et les sodas. Ainsi, une partie non négligeable des effets

bénéfiques cardiovasculaires attribués au vin rouge serait aussi le résultat d'une alimentation beaucoup plus saine que celle des buveurs de bière.

– Les trois religions monothéistes sont d'accord. « *Les trois religions monothéistes donnent au vin une place d'honneur. L'Ancien Testament propose le vin, la première fois, à Noé pour se remettre des émotions du déluge ; le Christ transforme l'eau en un vin délicieux et nous laisse le vin nouveau ; et, six siècles plus tard, le Prophète Mohamed voit des fleuves de vin au Paradis d'Allah : « Il s'y trouvera des ruisseaux d'un lait au goût inaltérable, des ruisseaux de vin, volupté pour les buveurs, des ruisseaux de miel clarifié... »* (Coran Sourate 47, verset 16). *Le vin coule au Ciel et sur la terre ; dans la Loi, les psaumes (80/9) et les Prophètes (Is. 5), la vigne symbolise le peuple d'Israël, choisi, planté, soigné, choyé par Dieu ; et le Seigneur, maître de la vigne, se réjouit quand le vin est abondant (Mt. 21-37 et Jn. 15/1).* »

On peut donc prononcer une nouvelle béatitude : « *Heureux celui qui boit un verre de vin à chaque repas...* »², tonique, eupeptique, régulateur du transit intestinal, diurétique, bactéricide, anti-allergique.

– C'est donc avec raison que Paul écrit à Timothée (1^{ère} épître, 5/23) : « *Cesse de ne boire que de l'eau. Prends un peu de vin à cause de ton estomac et de tes fréquents malaises.* »

– Assimiler vin et alcool est d'ailleurs une erreur. Le vin a deux sortes de constituants anti-alcool : ceux qui participent à la métabolisation de l'alcool (thiamine : Vit.B1) et les autres vitamines du groupe B et, d'autre part, ceux qui modulent les effets de l'alcool. Nous retiendrons son apport en acides aminés essentiels, à des taux très proches de ceux observés dans le sang humain (cf. tableau).

Le Symbole de la vie est représenté par les 4 éléments C, H, O et N (azote) et le symbole de la vie humaine, ce sont les 7 ou 8 Acides Aminés Essentiels (AAE) (base de la formation des protéines).

« Dieu n'a pas trouvé de plus auguste matière pour la transformer en son sang », écrivait Huysmans dans *L'Oblat*.

Taux des acides aminés essentiels (mg/l) dans le vin et le sang humain

	VIN rouge à 12°	SANG humain
Thréonine	16,4	9-36
Valine	21,7	19-42
Méthionine	06,2	2-10
Tryptophane	14,6	4-30
Phénylalanine	25,5	7-40
Isoleucine	12,4	7-42
Leucine	32,2	10-52
Lysine	51,7	14-58

Ajoutons que le vin rouge est plus riche en calcium (8mg/100ml) et moins riche en calories (56,2cal) que le vin blanc (7mg de calcium et 71cal/100ml), et contient le même taux d'acides aminés essentiels que le sang.

Déjà Hippocrate, 5 siècles avant notre ère, avait tout dit :
« Le vin est une chose merveilleusement appropriée à l'homme si, en santé comme en maladie, on l'administre avec à propos et juste mesure, suivant la constitution individuelle »

L'huile d'olive dans toutes les salades

– La consommation de polyphénols a été associée à une moindre incidence des cancers et à une moindre mortalité par maladie coronarienne.

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

Voici un témoignage livré par la meilleure amie d'une patiente :

« Ses mots, son angoisse, sont terribles, elle ne tient plus debout après 4 ans de traitements ; sans aide, autre que celle de son mari qui bosse comme un dingue pour faire bouillir la marmite. Alors il lui arrive de penser qu'il vaudrait mieux qu'elle disparaisse. Pour elle, une action, une réaction aujourd'hui, c'est une question de vie ou de mort, ni plus, ni moins. Elle frappe à toutes les portes, même à celle de l'Élysée, en vain. Tout le monde est sourd et aveugle et on entend parler de "politique de civilisation", alors que l'on n'agit pas comme des êtres civilisés.

Pas la peine d'aller en Afrique pour voir autant de détresse. Elle est à nos portes, à moins de 200 km de Paris. Ne pourrait-on publier son témoignage ? Sous forme de journal ou de carnet de bord, peut-être ?

En attendant, "en désespoir de cause", comme elle dit, c'est à vous que je m'adresse ».

Voici un extrait de la lettre qu'elle m'a envoyée juste avant Noël : « Le soir, quand les soucis ne me tiennent pas éveillée, ce sont les douleurs... Mon médecin me demande depuis trois mois d'aller voir un kiné... impossible à mettre en place dans un emploi du temps d'une mère de famille malade... Alors tout s'enchaîne, aggravation des douleurs... après, un bras handicapé à la suite de l'intervention... mon deuxième bras est perclus de tendinite... Souffrant d'une sciatique chronique depuis 95, à la suite d'une intervention, la mastectomie a, à nouveau, déséquilibré mon dos et la douleur est revenue plus violente et lancinante... les maux de tête ne me quittent plus... Comment vais-je soulever mon fils, le sortir de la voiture ? ? Comment vais-je faire mes courses ? Pousser un chariot, vider

mes courses...

Certains jours, je ne peux pas ouvrir mes placards, mon lave-vaisselle... La **cotorep** me refuse la tierce personne... C'est vrai, je ne suis pas dans un fauteuil roulant, je me lave encore toute seule... Mais qu'en est-il de mes enfants ? ? ? **Alors que j'écris... mon dernier est assis par terre à côté de moi... en larmes... je ne peux pas le soulever... Pouvez-vous imaginer la souffrance d'une maman quand elle est seule et qu'elle entend son fils pleurer... sans pouvoir le prendre, sans avoir la force de le coucher ou de le sortir de son lit ?... De guerre lasse... je serre les dents... je le « jette » sur mon épaule endolorie et je le lâche sur son lit...**

Il va pleurer...je n'ai plus la force de l'entendre... mais qui va l'entendre ? ? !!!

Il y a deux jours... **je devais le descendre... un étage... Je me suis assise dans l'escalier pour qu'il descende sans que je le porte... Il a cru que j'allais le soulever dans mes bras et s'est jeté sur moi... de peur qu'il ne tombe, je l'ai repoussé et il est tombé assis devant moi... désespéré... il s'est effondré sur son doudou pleurant d'incompréhension... J'étais aussi désespérée que lui... et pourtant après quelques minutes... j'ai réussi à le calmer ; le tourner et le faire glisser jusqu'en bas de l'escalier... et la vie a repris...**

Je viens de reprendre mon traitement pour deux mois au moins... plus serait mieux... mais je n'ai plus la force...

On dit que le moral est un moteur de guérison, on dit aussi que le repos est indispensable... Mais tout cela m'est « prescrit » ... mais absolument impossible...

Aujourd'hui, quand je vois une jeune mère de famille avec de jeunes enfants qui arrive pour suivre un traitement, mon cœur se serre... que va-t il se passer pour ses enfants ?...

Il y a, j'en suis certaine, des solutions à mettre en place...

J'imagine...

– **Une cellule d'urgence obligatoire** dans les services d'oncologie qui serait en charge des problèmes administratifs pour la prise en charge de l'entourage des jeunes mamans, pour la prise en charge de leur quotidien...

– **L'intervention immédiate et obligatoire** d'une assistante sociale. Quel est leur rôle ? leur motivation ? leurs moyens ? Elles devraient chercher les solutions et les mettre en place... Ce n'est pas à la maman malade de faire toutes ces démarches administratives épuisantes et décourageantes...

– **Le placement prioritaire des moins de trois ans dans les services de crèche ou chez une assistante maternelle...** pour le même coût pour les parents... La nourrice à mi-temps nous revenait à environ 500 euros par mois... contre 184 euros (mensualisés) pour un temps plein en crèche !

– **La suppression des plafonds pour l'aide à domicile** pour les mamans malades avec de jeunes enfants... celle-ci devrait être auto-matique...

– **La mise en place d'un service de courses, voire de repas...**

Je sais qu'il faut de l'argent pour cela... alors, pourquoi ne pas mettre un plafond pour l'allocation de garde d'enfants... Quand deux salaires importants arrivent dans un foyer, l'allocation est systématique... quand un seul salaire arrive avec un congé parental... il n'y a pas moyen de faire garder son enfant, même en cas de force majeure...

D'autre part, que représente le coût d'une hospitalisation, des soins pour un gros bras... par rapport à une aide ménagère qui soulagerait la maman ?

Savez vous que le **service social de la CAF** était prêt à payer environ 34 euros pour une assistante ménagère... 17 euros restant à ma charge... alors que je demandais seulement

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

systématiquement peuvent être dangereuses et qu'il vaut mieux être suivie par échographie d'abord, à laquelle on ajoutera IRM ou mammographie, selon les cas.

Si elles savent que les microcalcifications sur la mammographie ne sont pas toutes cancéreuses, mais qu'en cas de doute mieux vaut les retirer pour éviter leur transformation maligne.

Si, ayant été atteintes, elles suivent sérieusement les conseils de prévention en arrêtant : le tabac, les prises hormonales¹, les antidépresseurs ; en changeant les habitudes alimentaires, en ayant une activité physique régulière au moins 2 fois par semaine, avec transpiration abondante². Car les femmes ayant eu un cancer du sein ont un risque plus élevé de développer un deuxième cancer que celles de la population générale.

Si elles font le choix, en préménopause et à la ménopause, de traitements naturels à base de plantes, à la place des hormones de synthèse.

1. Deux essais concernant le dépistage du cancer du sein, correctement randomisés (tirés au sort), n'ont montré aucun effet du screening sur la mortalité générale (RR = 1- IC 95 % 0,96-1,04) ou par cancer (RR = 1,02- IC 95 % 0,95-1,10). Globalement, la mortalité par cancer du sein constitue un mauvais critère de jugement fréquemment biaisé en faveur du dépistage, principalement du fait d'une mauvaise attribution de la cause de la mort.

Pour les auteurs (Gotzsche PC « Screening for breast cancer with mammography » The Cochrane Database of systematic Reviews 2006, 18-10-4), sur 2 000 femmes dépistées pendant 10 ans, une seule bénéficiera d'une vie prolongée. Ce résultat ne doit pas être généralisé à tous les dépistages, il serait

certainement différent pour les cancers de l'ovaire, de l'utérus ou du côlon. En contrepartie, 10 femmes en bonne santé se verront suspectées de présenter un cancer du sein et subiront des explorations, voire des traitements inutiles. Il s'agit bien des effets délétères du dépistage qui doit se faire au cas par cas.

1. Quant aux anti-hormones, cela dépend de chaque cas : de la présence dans la tumeur des récepteurs aux hormones, des risques de récurrences en cas de surpoids manifeste.

2. L'obésité augmente les risques d'un 2^e cancer de 50 % ; le tabac de 120 % et l'alcool chaque jour de 90 %.

BIBLIOGRAPHIE SUCCINTE

Amère pilule, la vérité sur le contraceptif chimique, Dr Ellen Grant,

Préface du Pr Lucien Israël, Éd. F.-X. de Guibert, 1988.

Sexual Biochemistry, Dr Ellen Grant, Éd. Cedar, 1998.

Tout savoir sur le cancer du sein, Dr John R. Lee, Éd. Sully, 2002. *Prévenir le cancer du sein, savoir relever le défi*, Pr H. Joyeux, Éd.

F.-X. de Guibert, 2001.

Femmes, si vous saviez. Les hormones, de la puberté à la ménopause, Éd. F.-X. de Guibert, 2004.

Hormone Book, Making Informed Choices About Menopause, Susan

M. Love with Karen Lindsey, Éd. Random House, New York 1997.

Les aliments contre le cancer, la prévention du cancer par l'alimentation, Dr Richard Béliveau et Dr Denis Gingras, Éd. Solar, 2006. *Vivre le cancer du sein autrement*, Thierry Janssen, Éd. Laffont, 2006.

Dépôt légal : septembre 2013
IMPRIMÉ EN FRANCE

Achévé d'imprimer le 30 août 2013
sur les presses de l'imprimerie « La Source d'Or »
63039 Clermont-Ferrand
Imprimeur n° 16570



*Dans le cadre de sa politique de développement durable,
La Source d'Or a été référencée IMPRIM'VERT®
par son organisme consulaire de tutelle.
Cet ouvrage est imprimé pour l'intérieur
sur papier offset « Amber Graphic » 80 g
provenant de la gestion durable des forêts,
des papeteries Arctic Paper, dont les usines ont obtenu
les certifications environnementales ISO 14001 et E.M.A.S.*