



LA LETTRE *du docteur* THIERRY HERTOGHE

Président de l'Association mondiale de médecine anti-âge **N°47** OCTOBRE • 2016

Le Dr Thierry Hertoghe, 59 ans, consacre sa vie à promouvoir une médecine centrée sur les besoins des patients et basée sur des preuves scientifiques. Il est le fondateur de la Hertoghe Medical School (www.hertoghemedicalschool.eu), 7-9, av. Van Bever, 1180 Uccle-Bruxelles, en Belgique.

Avec un groupe de médecins à la pointe de la recherche, le Dr Hertoghe travaille non seulement pour éliminer les maladies, mais avant tout pour aider ses patients à atteindre une santé optimale, en retardant et même en essayant d'inverser partiellement le vieillissement. Le Dr Hertoghe partage ces informations avec les autres médecins en donnant des conférences médicales, en organisant des séminaires, à travers des livres, des articles, des enregistrements, des vidéos, ainsi qu'en passant à la radio et à la télévision.

La Lettre du docteur Thierry Hertoghe
Président de l'Association mondiale de médecine anti-âge
Santé Nature Innovation
Directeur de la publication :
Vincent Laarman
Rédaction : Dr Thierry Hertoghe
Conseil rédactionnel :
Jean-Marc Dupuis

SNI Editions SA
Adresse: Am Bach 3,
6072 Sachseln – Suisse
Registre journalier N° 4835 du
16 octobre 2013

CH-217.3.553.876-1
Capital : 100.000 CHF

Abonnements : pour toute question concernant votre abonnement, contactez-nous au +33 1 58 83 50 73 ou écrire à <http://www.santenatureinnovation.com/contact/>

ISSN 2296-6900

BIEN SE NOURRIR POUR VIVRE LONGTEMPS ET HEUREUX : LES FONDAMENTAUX

Vivre longtemps et en bonne santé, cela commence par l'assiette. Je l'ai souvent dit au fil de mes lettres.

C'est dans l'alimentation que l'organisme vient puiser les précieux nutriments qui le feront fonctionner correctement. Mais quand on voit ce qu'on met dans notre assiette, par ignorance, par habitude ou par paresse – des aliments souvent ne répondant pas à nos besoins –, il ne faut alors pas s'étonner de l'explosion de maladies chroniques dites « de civilisation » telles que l'obésité, les maladies cardiovasculaires et cérébrales, le diabète ou l'hypertension. Elles sont clairement la conséquence de nos erreurs diététiques et de mode de vie. Or ces maladies sont meurtrières. Inversement, on sait que les communautés où l'on trouve le plus de centenaires, comme sur l'archipel japonais d'Okinawa ou en Sardaigne, ont développé une « hygiène alimentaire » tout à fait intéressante. Ne serions-nous pas bien avisés de nous en inspirer ?

Mise en garde : les informations de cette lettre d'information sont publiées à titre purement informatif et ne peuvent être considérées comme des conseils médicaux personnalisés. Ceci n'est pas une ordonnance. Il existe des contre-indications possibles pour les produits cités. Aucun traitement ne devrait être entrepris en se basant uniquement sur le contenu de cette lettre, et il est fortement recommandé au lecteur de consulter des professionnels de santé dûment accrédités auprès des autorités sanitaires pour toute question relative à leur santé et leur bien-être. L'éditeur n'est pas un fournisseur de soins médicaux homologués. L'éditeur de cette lettre d'information s'interdit formellement d'entrer dans une relation de praticien de santé vis-à-vis de malades avec ses lecteurs.

Visitez notre site : <http://www.santenatureinnovation.com>

Pour de bonnes ou de mauvaises raisons, depuis quelques décennies, on commence à se préoccuper d'alimentation. Mais toutes les injonctions des autorités de santé sont-elles fondées ? Tous les régimes qui fleurissent sur Internet et dans les rayons de nos librairies se valent-ils ? Qui croire ? À force de lire tout et son contraire sur le Net, et même parfois des conseils qui peuvent être pernicieux, je me suis convaincu qu'il était largement temps de consacrer une lettre à ce sujet.

Comment bien se nourrir pour s'assurer une longévité heureuse ? Cela s'apprend. Je me devais de faire la synthèse de tout ce que mes nombreuses années d'expérience en cabinet m'ont enseigné, validé par des études scientifiques. Retour sur des fondamentaux.

Le secret des centenaires ?

Ils mangent peu !

Cela va peut-être vous surprendre, mais la recherche suggère que pour vivre longtemps, il faut commencer par... manger moins.

Ce qu'on appelle dans le jargon scientifique un « régime hypocalorique » (qui consiste à ingérer chaque jour moins de calories qu'on n'en dépense dans la journée) pourrait être facteur de longévité. On a coutume de parler de restriction calorique dès lors que l'on veut perdre du poids – c'est d'ailleurs la méthode la plus souvent suivie. Mais là n'est pas vraiment la question (à long terme, un tel régime risquerait d'impacter négativement le niveau d'activité de l'organisme, qui n'est plus en mesure de fonctionner de façon optimale). En matière de longévité, il s'agit surtout d'absorber moins de calories que celles habituellement conseillées en fonction de son gabarit et de son sexe.

C'est du moins ce qu'ont démontré des études sur les animaux. Chez plusieurs espèces (des insectes

aux primates), lorsque l'apport alimentaire est réduit d'environ 30 à 40 % par rapport à la moyenne habituelle, la durée de vie moyenne et la durée de vie maximale des individus augmentent de 15 à 20 % ! C'est loin d'être négligeable

Et pourtant, il semble que la pratique du **jeûne périodique** pourrait donner **des résultats encore supérieurs**. Une journée complète de jeûne occasionnel, par exemple, aide les rats et les souris à vivre plus longtemps et donne des résultats bien meilleurs qu'avec un simple régime hypocalorique. La durée de vie est prolongée de 35 % chez les rongeurs périodiquement privés de nourriture qui jeûnent deux jours par semaine.

Qu'en est-il chez les êtres humains ? Le même phénomène a pu être observé. Les études montrent que les centenaires ont de manière très significative pour point commun de pratiquer un régime hypocalorique. Ceux qui passent le cap des cent ans mangent en effet souvent de tout, mais simplement en de moindres quantités, de 10 à 20 % de moins par rapport aux besoins d'un individu moyen (voir tableau ci-dessous). Le régime des centenaires est relativement faible en calories : ils mangent notamment, et souvent depuis leur prime jeunesse, beaucoup de fruits et de légumes.

Ce n'est pas un hasard non plus si les centenaires ont peu d'embonpoint. Rares sont ceux qui ont vu les kilos s'accumuler avec l'âge, comme la plupart des gens. Ils gardent généralement toute leur vie un indice de masse corporelle (IMC) relativement faible. Environ 99 % des centenaires sont restés minces et ne sont pas devenus obèses au cours de leur vie.

Aujourd'hui, on commence à comprendre pourquoi. Tout simplement, le régime hypocalorique et le jeûne périodique **réduisent le stress oxydatif** – la pression et les dégâts causés sur l'organisme par des taux élevés de radicaux libres – lié à la quantité des

Besoins caloriques quotidiens moyens		
	Pour un homme	Pour une femme (non enceinte)
Activité faible (moins de 30 min./jour)	2 100 Kcal	1 800 Kcal
Activité modérée (30 min./jour)	2 500 à 2 700 Kcal	2 000 Kcal
Activité forte (plus de 1 h./jour)	3 000 à 3 500 Kcal	2 400 à 2 800 Kcal

aliments que nous absorbons. Ces pratiques améliorent les biomarqueurs de longévité, et limitent l'exposition aux maladies augmentant les taux de mortalité comme l'artériosclérose (le vieillissement des artères) ou la tension artérielle.

Il m'arrive régulièrement de « sauter un repas ». Bien sûr, il sera temps de vérifier les effets de cette pratique sur mon espérance de vie le jour où je passerai de vie à trépas (pas trop tôt, j'espère !), mais en attendant, je constate que, ces jours-là, je me sens souvent très bien, une fois le pic de la faim passé.

Si vous souhaitez vous lancer à votre tour, je ne saurais trop vous conseiller de vous faire accompagner par un professionnel, car ce genre de pratique ne convient pas à tout le monde, et peut donner lieu à des excès qui risqueraient d'être dommageables (tous les régimes dits hypocaloriques ne se valent pas). Quoi qu'il arrive, je vous déconseille fortement le jeûne total – dix jours d'affilée, par exemple –, qui pourrait être dangereux et provoquer des carences fatales en nutriments. Sans aller jusque-là, n'hésitez pas, une ou deux fois par semaine, à ne prendre qu'un seul repas dans la journée (que le matin, par exemple, ou que le soir, selon vos préférences).

La longévité gît dans la variété

Pour vivre longtemps, mangeons peu, d'accord, mais aussi mangeons varié.

Sur l'île d'Okinawa, par exemple, où la population vit plus longtemps que la moyenne et où l'on trouve trois à quatre fois plus de centenaires qu'ailleurs, le régime typique des femmes âgées est constitué de cent aliments biologiquement différents par semaine ! À titre de comparaison, les femmes vivant dans le nord du Japon – on pourrait dire, tout aussi bien, « les femmes occidentales » –, où l'espérance de vie est plus faible, consomment des aliments bien moins variés – environ trente aliments différents par semaine. Il faut savoir qu'elles ne font que suivre les recommandations minimales en matière de variété d'aliments émises dans la majorité des pays occidentaux (étude menée sur deux cents femmes âgées) !

Ces résultats confirment l'importance de la variété des aliments pour la longévité. Une autre étude abonde dans ce sens en concluant que le taux de mortalité chute de 42 % chez les personnes pratiquant un régime varié par rapport aux personnes suivant un régime monotone, avec peu de variations.



L'île des supercentenaires

Les habitants de l'archipel d'Okinawa, au large du Japon, détiennent le record mondial de longévité. On y compte :

- 54 centenaires pour 100 000 habitants (contre 26 en France) ;
- 15 % des supercentenaires dans le monde (au-dessus de 110 ans) ;
- 3 % de grabataires seulement chez les centenaires...

Les scientifiques se sont emparés de ce « phénomène » pour tenter d'en percer les secrets. Qu'ont-ils découvert ? Un régime alimentaire riche en végétaux (78 % de ce qui est consommé est d'origine végétale !), sans gluten ni laitages, mais surtout une très grande variété d'aliments, pris en petites portions, peu caloriques mais riches en nutriments. Les apports en antioxydants (thé, légumes, fruits, soja, épices...), en acides gras oméga-3 (huile de colza, poissons, soja...) et en magnésium (tofu, haricots, graines de sésame, légumes verts, patates douces...) – c'est-à-dire les trois types de nutriments les plus importants dans la

lutte contre le vieillissement, l'inflammation et la majorité des maladies – sont exceptionnellement élevés. De plus, sachez que le plat régional principal à Okinawa est la viande (rouge) de porc ! Cependant, les personnes âgées la cuisent toujours « à l'ancienne » : elles la font bouillir pendant des heures (!) et non, comme chez nous, au grill et parfois même au barbecue, la rendant cancérigène... Les anciens d'Okinawa pratiquent également le *hara hachi bu*, qui consiste à s'arrêter de manger avant d'être complètement rassasié.

Boire plus d'eau

Un autre conseil tout simple que je puis vous donner, c'est de boire plus d'eau. En effet, les scientifiques ont observé que la déshydratation était associée à de forts taux de morbidité et de mortalité prématurée chez les personnes âgées. Aux États-Unis, 50 % des personnes âgées bénéficiant de Medicare hospitalisées en état de déshydratation meurent dans l'année qui suit leur admission. L'hospitalisation des personnes âgées en état de déshydratation constitue un problème médical sérieux et coûteux.

Les personnes âgées sont particulièrement exposées au risque de déshydratation. Il faut savoir que plus on avance en âge, plus la teneur en eau de l'organisme a tendance à diminuer, passant de 75 % chez le nouveau-né à 50 % chez l'individu de plus de 70 ans ! Il s'agit d'une moyenne, donc cette teneur peut être plus basse. Quand elle passe sous la barre des 48 % chez la femme et des 56 % chez l'homme, la carence devient néfaste à la santé. Par exemple, la déshydratation chronique est l'une des causes de calculs des voies urinaires.

Mes recommandations sont donc les suivantes : boire au moins 1,5 l par jour pour les femmes et 1,8 l pour les hommes, mais surtout consommer des fruits et des légumes à forte teneur en eau : ils présentent l'immense avantage d'être aussi très riches en micronutriments précieux, comme des sels minéraux, des vitamines et des oligo-éléments. En voici une liste (non exhaustive) :

- Concombre
- Laitue
- Radis

- Courgette
- Céleri
- Tomate
- Chou vert
- Chou-fleur
- Pastèque
- Fraise
- Pamplemousse
- Aubergine
- Chou rouge...

Ne vous en privez pas !

Êtes-vous déshydraté(e) ?

Chaque jour, on perd entre 2,5 et 2,9 litres d'eau ! Urine, transpiration, selles, respiration. C'est normal. Mais sachez que certaines activités ou certains environnements accélèrent ces pertes, si celles-ci ne sont pas compensées par une plus forte consommation d'eau.

- L'alcool et le café ont un puissant effet diurétique, c'est-à-dire qu'ils accélèrent et augmentent la production d'urine.
- Si vous vivez dans un pays chaud ou que vous faites une activité physique intense, les volumes de transpiration sont plus importants. Le sauna, pour les mêmes raisons, nécessite une réhydratation pour compenser les pertes.

Le signal de la soif est précieux, il faut être particulièrement à son écoute. Mais il arrive qu'il soit défaillant. Dans ce cas, le corps montre des signes clairs de déshydratation : fatigue, difficulté de concentration, nausées... Des signes physiques peuvent être relevés :



L'alcool, un dilemme ?

Puisque je parle de boisson, je voudrais m'attarder un peu sur la question de l'alcool, tant la controverse est vive. La consommation d'alcool peut écourter la durée de vie en augmentant les risques de mortalité en général ainsi que les risques de mortalité liée aux maladies cardiovasculaires et respiratoires. Et pourtant, ce n'est pas aussi simple. Il ne faut pas conclure trop vite : une étude montre que les patients ayant souffert d'un AVC et qui consomment de l'alcool, que ce soit en petite quantité (moins d'un verre par semaine) ou quotidiennement (un verre ou plus par jour), voient leurs risques de mortalité en général chuter de 36 % et leurs risques de mourir d'une maladie cardiovasculaire diminuer de 44 % par rapport aux patients n'ayant jamais consommé d'alcool !

Une autre étude, portant sur les anciens consommateurs d'alcool, montre en outre que ces derniers voient leurs risques de mortalité en général s'accroître considérablement en comparaison des buveurs et des non-buveurs. Les résultats diffèrent radicalement lorsque les risques de mortalité des personnes n'ayant jamais bu sont pris en compte. Celles n'ayant réellement jamais consommé d'alcool voient leurs risques de décès par cardiopathie ischémique diminuer de 38 %, leurs risques de décès lié aux maladies respiratoires de 31 % et leurs risques de mortalité en général diminuer de 12 % en comparaison des anciens buveurs et de ceux qui continuent à consommer de l'alcool. En outre, les hommes qui commencent à boire de l'alcool régulièrement voient leurs risques de développer une cardiopathie coronaire chuter de 30 %, mais cela constitue le seul bénéfice de leur consommation. Il a, en effet, été démontré que leurs risques de décès pour cause de maladie autre que cardiovasculaire augmentent de 40 % sans compensation en matière de mortalité : on n'observe pas de réduction de la mortalité due à une maladie cardiaque coronaire (on relève moins de maladies coronariennes mais pas une plus faible mortalité due aux maladies coronariennes) ni de réduction de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires en général.

Les gros buveurs, quant à eux, voient leurs risques de décès augmenter considérablement. Les médecins britanniques masculins qui, par exemple,

consomment trois verres ou plus de bière ou de vin par jour (soit plus de vingt et une unités par semaine), sont de plus en plus exposés aux risques de décès. Dans ce domaine, il existe une relation en forme de U entre la mortalité toutes causes confondues et la quantité moyenne d'alcool consommé. Les médecins qui absorbaient de huit à quatorze unités d'alcool par semaine, soit une moyenne d'une à deux unités par jour, présentaient le plus faible taux de mortalité toutes causes confondues... Les causes de décès chez les médecins britanniques étaient le plus souvent liées à des risques aggravés par la consommation d'alcool : cirrhose, cancer du foie, du pharynx et du larynx, et accidents de la route. De fait, un grand nombre de ces médecins décédaient chaque année d'une cause liée à l'alcool : une moyenne de 6,4 % d'entre eux par an, avec un rapport hommes/femmes deux fois plus grand pour les hommes. Les accidents de la route constituaient de loin la première cause de perte d'années de vie chez les hommes (51 %) et chez les femmes (56 %).

Je crois qu'il n'est pas inutile de rappeler que le vin n'est rien d'autre que du jus de raisin moisi... Ce qui explique la présence de mycotoxines dans certains vins rouges (notamment ceux de l'arc méditerranéen). Personnellement, je ne bois pas d'alcool, un ou deux verres tous les deux ans (et encore des demi-verres).

Consommer des aliments riches en protéines

Un apport régulier d'aliments d'origine animale riches en protéines semble essentiel pour vivre plus longtemps. En effet, à ma connaissance, les centenaires ne sont jamais végétariens et consomment poissons, volailles et souvent d'autres viandes. Cela est compréhensible dans la mesure où les régimes végétariens sans aliments d'origine animale causent des carences en vitamine B, en fer, en zinc, en vitamine A, en acides aminés (essentiels) et en graisse.

On estime que la vie peut être prolongée de l'ordre de deux à six ans, en particulier chez les personnes souffrant d'une maladie, en augmentant la consommation de protéines. Celles présentant des taux

sanguins de protéines (en totalité) et d'albumines bas – ces taux reflètent la consommation de protéines – voient leurs risques de décès augmenter de 10 à 30 %, notamment si elles souffrent d'une maladie. Les femmes atteintes d'un cancer du sein et qui se trouvent dans le tercile supérieur (33 % de la population) en ce qui concerne la quantité de protéines consommées ont un taux de mortalité de moitié moins élevé que celles se situant dans le tercile le plus bas. Pour cette raison, les régimes

vegans, ne comportant aucun aliment d'origine animale, doivent être déconseillés aux femmes souffrant de cette affection.

Mais attention, il existe quand même quelques précautions à prendre : il faut éviter de consommer viandes, poissons, volailles et autres aliments d'origine animale cuits à haute température, qui risquent de devenir pro-cancérogènes, voire cancérogènes, sous l'effet de la chaleur.

La consommation de viande rouge : un sujet de préoccupation ?

La consommation de viande rouge pourrait augmenter de manière significative les risques de décès liés aux **maladies cardiaques coronariennes**. Selon une étude, le risque de décès augmente de 44 % lorsque des protéines ont été données en remplacement des aliments contenant des glucides dans des portions de 1 000 Kcal (4,2 MJ). Il est probable que la haute température à laquelle la viande rouge est généralement cuite et consommée – qui rend la viande toxique en raison des graisses et des protéines brûlées – soit responsable de la majorité, voire de l'ensemble, de ces effets nocifs. De plus, une autre étude a suggéré que le lien entre viande rouge et cancer de la prostate chez les hommes disparaît quand on tient compte de la consommation de fruits et de légumes. Les

gros consommateurs de viande sont très souvent de faibles consommateurs de fruits et de légumes frais, aliments protecteurs contre le cancer. Ceux qui mangent de la viande rouge avec une quantité satisfaisante de légumes ne présentent pas de risque augmenté de cancer.

Les personnes très âgées souffrant d'une **maladie chronique**, en particulier, sont invitées à s'abstenir de manger de la viande rouge. Une étude a démontré que leur risque de décès était dix fois plus faible lorsque leur régime comportait peu de viande ! L'explication selon laquelle la viande rouge est toxique en raison de ses graisses et de ses protéines modifiées par une haute température de cuisson pourrait valoir ici aussi.



Éviter les produits laitiers

Si l'on veut éviter de mourir d'une **maladie cardiovasculaire**, il est conseillé d'**arrêter de consommer lait et produits laitiers**. La recherche a démontré que les personnes qui consommaient régulièrement des produits laitiers étaient plus susceptibles de souffrir d'une maladie cardiaque coronarienne et d'autres maladies cardiovasculaires. La pratique sur le long terme d'un régime riche en protéines constitué de

produits laitiers tels que fromages ou yaourts ou encore la consommation de poudre de lait par les culturistes possèdent des effets potentiellement nocifs sur la santé. Tout simplement parce que nous digérons mal le lait, il stagne dans l'intestin, moisit (apparition d'une mycose = moisissures intestinales) sous l'effet de la chaleur corporelle et finit par provoquer des inflammations et encrasser le sang.

C'est un conseil qui vaut également pour les femmes ménopausées, chez qui le risque de mourir d'une cardiopathie ischémique, une maladie coronarienne, augmente avec la consommation de lait et de produits laitiers.

Enfin, pour prévenir les risques de **cancers** et y survivre, il semble qu'il soit conseillé d'éviter le lait et les produits laitiers. Les personnes qui en consomment régulièrement sont statistiquement plus susceptibles de mourir d'un cancer du côlon ou de la prostate. Le risque de mourir d'un cancer de la

prostate est doublé chez les hommes qui boivent trois verres de lait ou plus par jour ! Une étude de cohorte a montré qu'il n'y avait pas d'augmentation des risques avec une consommation d'un verre de lait entier ou plus, mais cette discordance peut être due au fait que seule la fréquence des cancers de la prostate en général a été mesurée et non celle de la forme du cancer de la prostate qui est dangereuse et fatale. En outre, les chercheurs n'ont pas mesuré les différences en matière de mortalité liée à une consommation de produits laitiers basse ou élevée.

Une exception : des produits laitiers pour les malnutris et les personnes âgées

La consommation de produits laitiers peut bénéficier aux personnes âgées du fait qu'elle corrige partiellement l'apport insuffisant de protéines souvent observé chez elles. L'apport de protéines est, en effet, souvent insuffisant chez les personnes âgées. Mieux vaut prendre des produits

laitiers que pas de protéines animales du tout. Cela pourrait expliquer pourquoi, dans certaines régions, la consommation de lait, et en particulier de yaourts, est fermement perçue comme bonne pour la longévité.

Toutes les bonnes raisons de consommer des fruits et des légumes

Le pouvoir des agrumes

Mangez des citrons ! Il est démontré que l'apport de fruits en général et d'agrumes tels que citrons et pamplemousses en particulier fait baisser la mortalité générale de 22 % et de 48 % respectivement.

Une étude de cohorte menée sur cinq ans auprès de 162 résidents autonomes d'une maison de retraite a établi que les personnes âgées qui consommaient des agrumes deux fois par semaine ou plus présentaient un taux de mortalité plus bas que ceux qui en consommaient moins d'une fois.



Des légumes crucifères et des carottes au menu

Concernant les légumes, il semble que les **crucifères** soient les plus propices au prolongement de la durée de vie. Le brocoli, le chou-fleur, le chou de Bruxelles... Ces légumes que vous adorez détester sont excellents pour la longévité ! Les personnes qui consomment régulièrement des légumes crucifères (celles se situant dans le quintile supérieur par opposition à celles se situant dans le quintile inférieur en matière de consommation) présentent un taux de mortalité diminué de 26 %.

Les hommes âgés qui mangent régulièrement des **carottes**, une source essentielle d'alpha et de bêta-carotène, puissants antioxydants, voient leurs risques de mourir d'une maladie cardiovasculaire diminuer de 17 %.

Prévenir les maladies cardiovasculaires et y survivre

Un gros apport de fruits et de légumes est susceptible de réduire la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires.

Une petite recette de longue vie :**le coleslaw**

L'idéal est de manger carottes et crucifères crus. Mais si vous devez les cuire, préférez-les à la vapeur ou bouillis, à la rigueur. Voici une délicieuse façon de les consommer crus, en salade.

Râpez et mélangez :

- quelques choux de Bruxelles ;
- un demi-chou rouge ;
- un demi-chou blanc
- une ou deux carottes.

Assaisonnez avec :

- de l'huile d'olive ;
- de l'huile de lin ;
- le jus d'un demi-citron ;
- du sel ;
- du poivre (pas trop, toute petite quantité !).

Mélangez la salade et saupoudrez par-dessus :

- une petite poignée de cacahuètes non salées décortiquées ;
- une cuillère à soupe de coriandre ciselée.

C'est prêt !

Le **régime méditerranéen**, particulièrement riche en fruits et légumes cultivés localement, arrosés d'un filet d'huile d'olive et accompagnés de poisson frais, a invariablement prouvé qu'il réduisait la mortalité liée aux maladies cardiaques coronariennes. La réduction de la mortalité due aux maladies coronariennes grâce à un régime méditerranéen varie de 27 à 33 %. En ce qui concerne les morts cardiaques subites, cette diminution s'élève à 45 %.

Pour abaisser la mortalité par maladies cardiovasculaires, manger plus de fruits est plus efficace que d'accroître l'apport en légumes. Les fruits, et en particulier les **baies** et les **agrumes**, semblent fournir une excellente protection pour les artères coronaires. Une étude finlandaise menée sur une vaste population a démontré que les hommes d'âge moyen qui consommaient régulièrement des baies et des fruits en général voyaient leur risque de mourir d'une maladie cardiovasculaire baisser de 41 %. Les hommes qui consommaient le plus de légumes présentaient

un risque de mourir d'une maladie cardiovasculaire de 34 % moins élevé que ceux dont le régime ne comportait qu'un faible apport de ces aliments.

Prévenir les cancers et y survivre

Plusieurs études ont montré qu'une forte consommation de légumes semblait plus efficace pour abaisser les risques de mortalité due au cancer qu'une grosse consommation de fruits. Néanmoins, une autre étude laisse penser le contraire. Elle a établi que la consommation quasi quotidienne de fruits réduisait modestement mais significativement de 12 % les risques de mortalité due au cancer chez 38 540 hommes et femmes ayant survécu aux bombes atomiques de Nagasaki et d'Hiroshima, tandis que la consommation quasi quotidienne de légumes jaunes réduisait ces risques de 8 % (résultat statistiquement quasi significatif).

Quelle quantité de bons glucides faut-il consommer pour diminuer les risques de tout type de cancers ? **Plus de 400 grammes** de fruits et de légumes par jour au minimum sont nécessaires pour faire baisser la mortalité due au cancer de 10 %.

Il a été observé qu'une consommation de fruits en grande quantité réduisait, chez les hommes brésiliens, les risques de mortalité due au cancer de la prostate de moitié (54 %) et que celle due au cancer de l'estomac était significativement réduite de 62 % chez les grands consommateurs de fruits. Au sein du même groupe d'hommes, une grande consommation de légumes abaissait les risques de mortalité liée au cancer de la prostate de 33 % et ceux du cancer de l'estomac de 28 %, avec un résultat statistiquement quasi significatif.

Éviter le sucre, les aliments et**les boissons sucrés**

Pour ne pas mourir prématurément, il vaut mieux éviter les excès de sucreries. Une expérience menée sur des souris a montré que celles auxquelles on avait donné de l'eau sucrée mouraient prématurément, leur longévité chutant de 8 à 10 %.

Il semble que cela soit vrai également chez les êtres humains. Statistiquement, ils décèdent plus

souvent de maladies cardiovasculaires et de cancers lorsqu'ils consomment du sucre ou des aliments riches en sucre. Cette observation laisse à penser que la durée de vie globale des grands consommateurs de produits riches en sucre est amoindrie.

Une autre expérience, menée sur des rats et portant sur les **carences en cuivre**, a confirmé le fait que le sucre était un aliment fatal. De graves carences en cuivre ne sont pas particulièrement dangereuses chez les rats nourris normalement. Mais lorsque la carence en cuivre est concomitante avec la prise de fructose et de saccharose contenant des glucides, environ six à sept fois plus de rats meurent, essentiellement à cause d'une rupture de l'apex cardiaque. La **supplémentation en cuivre** neutralise les effets nocifs du fructose et du saccharose sur la longévité.

D'où l'importance, chez les patients qui ne peuvent se passer de sucre et en consomment de grandes quantités, d'un contrôle régulier par leur médecin du taux de cuivre dans leur sang, afin de mettre en place la supplémentation adéquate.

Ne pas négliger les graisses saines

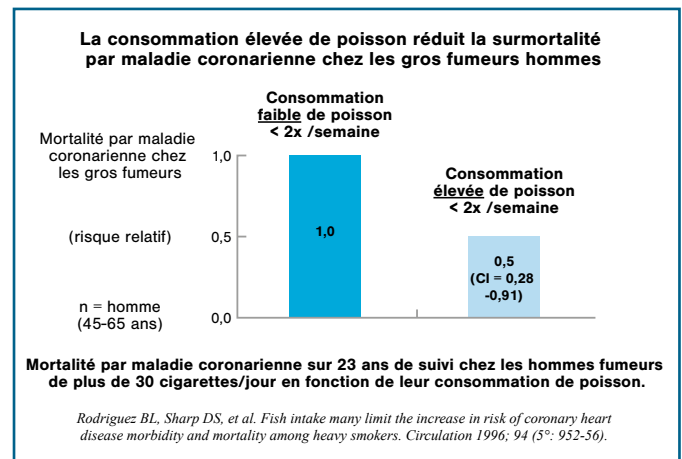
Les personnes qui consomment des aliments riches en **acides gras polyinsaturés** – en particulier, du type **oméga-3** – présentent un risque plus faible de mourir d'une **maladie cardiovasculaire**, notamment parce que ces nutriments rendent le sang plus fluide, moins visqueux. On en trouve beaucoup dans l'huile de poisson ou l'huile de lin, par exemple.

Plusieurs études ont établi que la consommation de poissons naturellement riches en acides gras polyinsaturés abaissait la mortalité due aux maladies cardiovasculaires.

On observe, par exemple, dans une étude portant sur la santé des infirmières, un risque de maladie cardiaque coronarienne plus faible lorsque la quantité d'acides gras polyinsaturés est supérieure à la moyenne en comparaison de la quantité de graisses saturées dans le régime alimentaire.

Chez les personnes présentant des niveaux élevés d'acides gras polyinsaturés de type oméga-3, celles dont les niveaux se trouvent dans le tercile supérieur du rapport acides gras polyinsaturés/grasses saturées

présentent **trois fois moins** de risques de mourir de maladies cardiovasculaires que les personnes se situant dans le tercile inférieur. Ces risques diminuent encore (divisés par 5,6 !) chez les patients souffrant d'une douleur thoracique et présentant un rapport élevé. Le taux de lipoprotéines(a) dans le sérum, un taux associé à de plus grands risques de maladie cardiovasculaire, est également plus de deux fois plus faible (2,5 fois plus faible) chez ces personnes.



C'est tout particulièrement la consommation de grandes quantités d'acides gras polyinsaturés de type oméga-3 qui réduit les risques de mortalité liée aux infarctus du myocarde mortels et non mortels.

S'il vous faut une autre bonne raison de consommer des quantités suffisantes de graisses saines, sachez qu'elles améliorent également la longévité des patients atteints d'un **cancer**. Au sein d'une cohorte de 12 866 Hollandais âgés de 35 à 57 ans, la mortalité globale causée par le cancer était étonnamment plus élevée chez les personnes suivant un programme de réduction des risques qui incluait une diminution de la consommation de matières grasses (parmi d'autres stratégies telles que d'arrêter de fumer ou de prendre des médicaments pour réduire la pression artérielle lorsque celle-ci était élevée).

Dans le cas précis du cancer du sein, tant une alimentation faible en matières grasses qu'une alimentation trop riche en matières grasses causent la mort prématurée des patientes. Chez celles-ci, le taux de mortalité est environ 30% plus bas chez les femmes dont la consommation de matières grasses est moyenne en comparaison des femmes se situant dans le tercile supérieur et de celles se situant dans le tercile inférieur de consommation de matières grasses.

Pour récapituler : pour vivre longtemps

et garder sa santé

- Pensez à vous **hydrater régulièrement**.
- 150 à 250 g, quatre à cinq jours par semaine, de **viandes blanches** et **rouges** ou de **volailles**, mais cuites à basse température, sans huile ni graisse.
- Deux fois 200-250 g/semaine de **poissons**, riches en acides gras de type oméga-3, mais venant de mers peu polluées ou d'élevages bio fiables.
- 400 g/jour ou plus de **fruits** et de **légumes**.
- 5 fois/semaine des **agrumes**.
- 2 fois/semaine des carottes ou autres **légumes riches en bêta-carotène**.
- 2 à 3 fois/semaine des **crucifères**.
- **Éviter les sucres** 5 jours/semaine (y compris le ketchup...), sauf en urgence en cas d'hypoglycémie grave chez les diabétiques.
- 1 à 2 cuillères à soupe/jour de **beurre** (ou de foie, de rein, de peau de poulet bio cuit à 85 °C au maximum dans le four).
- Des **oméga-3** : 1 à 2 g par jour.
- 1 à 3 fois/semaine du **poisson de haute mer** si possible pêché en Atlantique Nord (autour de l'Islande, moins polluée en métaux lourds).
- 1 ou 2 jours/semaine, ne prenez qu'un seul repas.

Conclusion

Ce sont là les fondamentaux d'une alimentation saine garante de longévité. Ils constituent, pour moi, les premiers réflexes à acquérir pour vivre plus longtemps en bonne santé. Ce sont les meilleurs conseils que je puisse vous donner. Ils sont tirés de mon expérience en cabinet médical, mais également de la littérature scientifique que je ne cesse d'éplucher soigneusement pour vous. Bien sûr, je n'ai pas fait le tour du sujet, ces quelques pages n'y suffiraient pas. Mais j'y reviendrai régulièrement.

À votre santé !

Questions souvent posées par les patients

**La prise de cortisol
peut-elle provoquer
le développement
d'une cataracte aux yeux ?**

Je sors d'une visite chez mon ophtalmologue, qui m'a diagnostiqué une petite cataracte. Il prétend qu'elle pourrait être causée par mon traitement au cortisol. Qu'en pensez-vous ?

La cataracte est une maladie de l'œil : la lentille, qui normalement laisse passer les rayons lumineux à l'intérieur de l'œil, devient opaque. Elle gêne la vue, et notamment la perception des différences entre couleurs de contrastes différents. Le patient continue à bien distinguer, par exemple, des lettres noires sur fond blanc, mais c'est moins vrai dès que les lettres sont de couleur gris clair. Quand la lentille devient totalement opaque, c'est simple : on devient aveugle.

Je n'ai eu que deux patientes, dans toute ma carrière, qui ont développé une cataracte du fait d'un traitement au cortisol que je leur avais prescrit... Mais pour une raison assez vite identifiée : elles avaient toutes deux largement dépassé la posologie ! Elles avaient pris des doses de dix à cent fois supérieures à celles que je leur avais prescrites.

Pour la première, son pharmacien (aux Pays-Bas) lui avait préparé des gélules d'hydrocortisone de cent fois la dose, un gramme (1 000 mg !) au lieu des 10 mg inscrits sur l'ordonnance. (En pharmacie, on indique « hydrocortisone » quand on veut que du cortisol bio-identique soit donné au patient. Ce sont deux synonymes : « cortisol » sur les protocoles de laboratoire et « hydrocortisone » sur les prescriptions médicales.)

Quant à l'autre patiente, son médecin traitant avait repris mes prescriptions de 5 mg par comprimé de prednisolone, un dérivé de synthèse plus utile (car elle souffrait de rhumatismes), mais il avait malencontreusement multiplié la dose par dix : 50 mg de prednisolone par capsule et par jour !

Évidemment, de telles doses provoquent des dégâts. Les deux patientes ne savaient pas ce qui leur arrivait. Elles ont gonflé du visage, pris beaucoup de poids, se sentaient survoltées et ont constaté que leur vue baissait. Ce n'est qu'après deux à trois mois et une enquête approfondie que leurs médecins traitants respectifs ont compris leur erreur (malheureusement trop tard).

Pour éviter la cataracte, la première chose à faire est de ne pas dépasser les doses physiologiques d'hydrocortisone (approximativement 20-35 mg/jour) ou de ses dérivés (3 à 6 mg par jour de (méthyl)prednisolone). Mais quand on n'a pas le choix et que l'on doit en prendre plus, que faire ? Je vais vous parler de ma propre expérience. Sur le sujet de la cataracte, je sais de quoi je parle ! J'en ai moi-même souffert.

Questions souvent posées par les patients

La prise de cortisol
peut-elle provoquer
le développement
d'une cataracte aux yeux ?

Je sors d'une visite chez mon ophtalmologue, qui m'a diagnostiqué une petite cataracte. Il prétend qu'elle pourrait être causée par mon traitement au cortisol. Qu'en pensez-vous ?

Pendant plus de trente-cinq ans, j'ai pris de l'hydrocortisone, 30 mg par jour, sans aucun problème : ma vue était très bonne (jusqu'à 56-57 ans, je n'ai pas eu besoin de porter de lunettes, même pour lire), même si, je dois le reconnaître, j'ai fait corriger ma myopie par chirurgie laser à l'âge de 43 ans. J'ai toujours pris en même temps une dose équivalente (actuellement de 40 mg par jour) de DHEA, qui a des vertus protectrices contre les effets pervers du cortisol. À mon avis, il est indispensable, si l'on prend du cortisol sur de longues périodes, de l'accompagner de DHEA (ou d'autres hormones protectrices comme les hormones sexuelles, la mélatonine ou encore l'hormone de croissance). Je prends aussi toutes ces hormones-là.

Mais les choses ont basculé le jour où, pour soulager des maux de dos, j'ai reçu des injections dans le dos de dexaméthasone et de méthylprednisolone (deux dérivés de synthèse du cortisol à longue durée d'action). Je les prenais à doses élevées (deux injections espacées d'une semaine), à tel point qu'une cataracte s'est déclarée aux deux yeux et que ma vue a fortement diminué en deux semaines de temps ! Je n'ai pas réussi à récupérer depuis. Pire : lorsque je me suis fait opérer de la cataracte, on m'a prescrit des gouttes dans l'œil droit contenant à nouveau de la dexaméthasone (j'aurais dû mieux lire la notice d'accompagnement !). En cinq jours, mon œil a « cramé » : hypertension oculaire très élevée et perte définitive de près de 40 % de mon champ de vision à cet œil. Je dois être allergique au surpuissant dexaméthasone !

Que conclure de tout cela ? Mon conseil est que si vous avez vraiment besoin de prendre de fortes doses de cortisol (au-delà de 40 mg/jour) et surtout de ses dérivés de synthèse (au-delà de 6 mg de (méthyl)prednisolone), accompagnez-les d'une dose équivalente de DHEA en plus, ou à défaut d'hormones sexuelles ou de mélatonine. Pour chaque dose de 20 à 25 mg d'hydrocortisone ou de 4 mg de méthylprednisolone, ou de 5 mg de prednisolone, ou de 0,25 mg de dexaméthasone, il faut approximativement un supplément de 20 mg de DHEA pour protéger les yeux et le reste du corps. Ce que j'aurais été bien inspiré de faire...

Questions souvent posées par les patients

Suppléments en vitamine D

En cas de carence, quel type de vitamine D faut-il privilégier : vitamine D2 ou D3 ?

Il existe une quasi-unanimité au sein de la communauté médicale quant à l'idée que la plupart des patients ne s'exposent pas suffisamment au soleil. La vitamine D – essentielle pour la consolidation des os, par exemple – n'est synthétisée par la peau que sous l'effet des rayons ultraviolets. Les patients devraient prendre des suppléments de vitamine D pour compenser les déficits. Mais quel type de vitamine D faut-il privilégier : D2 ou D3 ?

Toutes deux circulent dans le sang. La vitamine D2 provient des plantes et on la trouve dans les légumes que l'on consomme. La vitamine D3 est produite par les animaux. Nous-mêmes, êtres humains, en produisons, c'est la plus adaptée. Mais comme la vitamine D2 se convertit en D3 dans le corps humain, il existe des préparations à haute dose de vitamine D2 sur le marché : on les prend une fois par mois, elles apportent alors suffisamment de vitamine D3 pour un mois, mais pas au-delà. C'est pourquoi je préfère préconiser à mes patients la vitamine D3, à raison de 3 000 à 4 000 UI par jour. Cependant, si leur taux est très bas (en dessous de 20 ng/ml) ou si, en dépit de gros efforts de supplémentation en vitamine D3, le taux de D3 dans le sang ne remonte pas, j'ajoute à leur traitement une ampoule de 600 000 UI de vitamine D2, à prendre une fois par mois pendant quatre à six mois, ce qui généralement permet d'avoir des taux de vitamine D3 plus élevés lors de la consultation suivante (c'est-à-dire au-dessus de 40 à 45 ng/dl).

Comment expliquer que, parfois, le taux de vitamine D3 reste bas pendant les mois d'été malgré une exposition au soleil ?

Deux causes sont possibles :

- l'application sur la peau de crèmes solaires : il faut savoir que cela réduit de 95 % la production de vitamine D par la peau !
- un régime trop pauvre en matières grasses saines : la graisse a un effet précurseur pour la synthèse de la vitamine D par l'organisme, elle est indispensable même si l'exposition au soleil est maximale. Je vous invite donc à ne pas hésiter à consommer suffisamment de graisses animales, à raison d'une cuillère et demie de beurre par jour ou de deux jaunes d'œuf, par exemple. Vous pourrez ainsi faire remonter vos taux de vitamine D.

Ampoules de vitamine D buvable ou injectable ?

Certaines personnes ne répondent pas bien à la prise de vitamine D3 : elles ont beau en prendre de fortes doses en solutions buvables, elles continuent à avoir des taux bas de vitamine D3 dans le sang. Il existe à cela une solution, qui consiste à s'injecter la vitamine D3 dans les muscles. En France, le Stérogyl[®], vitamine D2 à 600 000 UI peut être injecté sous sa forme huileuse, ce qui assure une absorption maximale (de 100 %). Il en existe une solution hydroalcoolique (eau + alcool), mais celle-ci est destinée à être bue.

RÉFÉRENCES POUR BIEN SE NOURRIR POUR VIVRE LONGTEMPS ET HEUREUX

Manger moins pour vivre plus longtemps

1. Heilbronn LK, De Jonge L, Frisard MI, DeLany JP, Larson-Meyer DE, Rood J, Nguyen T, Martin CK, Volaufova J, Most MM, Greenway FL, Smith SR, Deutsch WA, Williamson DA, Ravussin E ; Pennington CALERIE Team. Effect of 6-month calorie restriction on biomarkers of longevity, metabolic adaptation, and oxidative stress in overweight individuals : a randomized controlled trial. *JAMA*, 2006 Apr 5, 295 (13) : 1539-1548.
2. Ingram DK, Roth GS, Lane MA, Ottinger MA, Zou S, De Cabo R, Mattison JA. The potential for dietary restriction to increase longevity in humans : extrapolation from monkey studies. *Biogerontology*, 2006 June, 7 (3) : 143-148.
3. Le Bourg E, Rattan SI. Can dietary restriction increase longevity in all species, particularly in human beings ? Introduction to a debate among experts. *Biogerontology*, 2006 June, 7 (3) : 123-125.
4. Kozubik A, Pospisil M. Protective effect of intermittent fasting on the mortality of gamma-irradiated mice. *Strahlentherapie*, 1982 Dec., 158(12) : 734-738 .
5. Sogawa H, Kubo C. Influence of short-term repeated fasting on the longevity of female (NZB x NZW)F1 mice. *Mech. Ageing Dev.*, 2000 May 18, 115 (1-2) : 61-71.
6. Siegel I, Liu TL, Nepomuceno N, Gleicher N. Effects of short-term dietary restriction on survival of mammary ascites tumor-bearing rats. *Cancer Invest.*, 1988, 6 (6) : 677-680.
7. Sullivan, Walter. Scientists seek key to longevity. *New York Times*, 1973, pg 1.
8. Sullivan, Walter. Very old people in the Andes are found to be merely old. *New York Times*, 1978, pg. A8.
9. Guerresi P, Troiano L, Minicuci N, Bonafé M, Pini G, Salvioli G, Carani C, Ferrucci L, Spazzafumo L, Olivieri F, Cavrini G, Valentini D, Franceschi C. The MALVA (MANTova LongeVA) study : an investigation on people 98 years of age and over in a province of Northern Italy. *Exp. Gerontol.*, 2003 Oct., 38 (10) : 1189-1197.
10. Lane MA, Ingram DK, Roth GS. Nutritional modulation of aging in nonhuman primates. *J. Nutr. Health Aging*, 1999, 3 (2) : 69-76.
11. Meyer TE, Kovacs SJ, Ehsani AA, Klein S, Holloszy JO, Fontana L. Long-term caloric restriction ameliorates the decline in diastolic function in humans. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 2006 Jan 17, 47 (2) : 398-402.
12. Fontana L, Meyer TE, Klein S, Holloszy JO. Long-term caloric restriction is highly effective in reducing the risk for atherosclerosis in humans. *Proc. Natl Acad. Sci. USA*, 2004 Apr 27, 101 (17) : 6659-6663.

Plus les aliments sont variés, plus la vie est longue

13. Willcox BJ, Willcox DC, Todoriki H, Fujiyoshi A, Yano K, He Q, Curb JD, Suzuki M. Caloric restriction, the traditional Okinawan diet, and healthy aging : the diet of the world's longest-lived people and its potential impact on morbidity and life span. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 2007 Oct., 1114 : 434-455.
14. Willcox BJ, Willcox DC, Suzuki M. *The Okinawa program*. New York, River Press, 2001 (18 different foods a day).
15. Michels KB, Wolk A. A prospective study of variety of healthy foods and mortality in women. *Int. J. Epidemiol.*, 2002 Aug., 31 (4) : 847-854.

Boire plus d'eau

La déshydratation mène à une mort prématurée.

16. Sansevero AC. Dehydration in the elderly : strategies for prevention and management. *Nurse Pract.*, 1997 Apr., 22 (4) : 41-2, 51-7, 63-66.
17. Warren JL, Bacon WE, Harris T, McBean AM, Foley DJ, Phillips C. The burden and outcomes associated with dehydration among US elderly, 1991. *Am. J. Public Health*, 1994 Aug., 84 (8) : 1265-1269.

Boire plus d'eau pourrait prolonger la durée de vie chez les souris.

18. Mittal A, Muthukumar A, Jolly CA, Zaman K, Fernandes G. Reduced food consumption increases water intake and modulates renal aquaporin-1 and -2 expression in autoimmune prone mice. *Life Sci.*, 2000, 66 (16) : 1471-1479.

La consommation d'alcool augmente les risques de mortalité en général ainsi que les risques de maladies cardiovasculaires et respiratoires.

19. Jackson VA, Sesso HD, Buring JE, Gaziano JM. Alcohol consumption and mortality in men with preexisting cerebrovascular disease. *Arch. Intern. Med.*, 2003 May 26, 163 (10) : 1189-1193.
20. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to alcohol consumption : a prospective study among male British doctors. *Int. J. Epidemiol.*, 2005 Feb, 34 (1) : 199-204.
21. Wannamethee SG, Shaper AG. Taking up regular drinking in middle age : effect on major coronary heart disease events and mortality. *Heart*, 2002 Jan., 87 (1) : 32-36.
22. Bello LM, Saavedra P, Serra L. Trends in mortality and years of life lost related to alcohol in the Canary Islands, Spain (1980-1998). *Gac. Sanit.*, 2003 Nov.-Dec., 17 (6) : 466.

Les aliments pour vivre longtemps

23. Fortes C, Forastiere F, Farchi S, Rapiti E, Pastori G, Perucci CA. Diet and overall survival in a cohort of very elderly people. *Epidemiology*, 2000 Jul., 11 (4) : 440-445. Department of Epidemiology, Lazio Regional Health Authority, Rome, Italy.
24. Personal communication from Professor Vladimir Khavinson, president of the Insitute of Gerontology of St Petersburg.
25. Sullivan DH, Walls RC. Protein-energy undernutrition and the risk of mortality within six years of hospital discharge. *J. Am. Coll. Nutr.*, 1998 Dec., 17 (6) : 571-578.

RÉFÉRENCES POUR

BIEN SE NOURRIR POUR VIVRE LONGTEMPS ET HEUREUX

26. Borugian MJ, Sheps SB, Kim-Sing C, Van Patten C, Potter JD, Dunn B, Gallagher RP, Hislop TG. Insulin, macronutrient intake, and physical activity : are potential indicators of insulin resistance associated with mortality from breast cancer ? *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.*, 2004 Jul., 13 (7) : 1163-1172.
27. Kelemen LE, Kushi LH, Jacobs DR Jr, Cerhan JR. Associations of dietary protein with disease and mortality in a prospective study of postmenopausal women. *Am. J. Epidemiol.*, 2005 Feb 1, 161 (3) : 239-249.
28. Laugesen M, Elliott R. Ischaemic heart disease, Type 1 diabetes, & cow milk A1 beta-casein. *N.-Z. Med. J.*, 2003, 116 (1168) : U295.
29. Menotti A, Kromhout D, Blackburn H, Fidanza F, Buzina R, Nissinen A. Food intake patterns and 25-year mortality from coronary heart disease : cross-cultural correlations in the Seven Countries Study. The Seven Countries Study Research Group. *Eur. J. Epidemiol.*, 1999 Jul., 15 (6) : 507-501.
30. Kelemen LE, Kushi LH, Jacobs DR Jr, Cerhan JR. Associations of dietary protein with disease and mortality in a prospective study of postmenopausal women. *Am. J. Epidemiol.*, 2005 Feb. 1, 161 (3) : 239-249.
31. Hara N, Sakata K, Nagai M, Fujita Y, Hashimoto T, Yanagawa H. Geographical difference of mortality of digestive cancers and food consumption. *Gan No Rinsho*, 1984 Oct., 30 (13) : 1665-1674.
32. Mills PK, Beeson WL, Phillips RL, Fraser GE. Cohort study of diet, lifestyle, and prostate cancer in Adventist men. *Cancer.*, 1989 Aug 1, 64 (3) : 598-604.
33. Snowdon DA, Phillips RL, Choi W. Diet, obesity, and risk of fatal prostate cancer. *Am. J. Epidemiol.*, 1984, 120 : 244-250.
34. Snowdon DA. Animal product consumption and mortality because of all causes combined, coronary heart disease, stroke, diabetes, and cancer in Seventh-day Adventists. *Am. J. Clin. Nutr.*, 1988 Sept., 48 (3 Suppl.) : 739-748.
35. Pryor M, Slattery ML, Robison LM, Egger M. Adolescent diet and breast cancer in Utah. *Cancer Res.*, 1989 Apr. 15, 49 (8) : 2161-217.
36. Steffen LM, Jacobs DR Jr, Stevens J, Shahar E, Carithers T, Folsom AR. Associations of whole-grain, refined-grain, and fruit and vegetable consumption with risks of all-cause mortality and incident coronary artery disease and ischemic stroke : the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2003 Sept., 78 (3) : 383-390.
37. Fortes C, Forastiere F, Farchi S, Rapiti E, Pastori G, Perucci CA. Diet and overall survival in a cohort of very elderly people. *Epidemiology*, 2000 Jul., 11 (4) : 440-445.
38. Genkinger JM, Platz EA, Hoffman SC, Comstock GW, Helzlsouer KJ. Fruit, vegetable, and antioxidant intake and all-cause, cancer, and cardiovascular disease mortality in a community-dwelling population in Washington County, Maryland. *Am. J. Epidemiol.*, 2004 Dec 15, 160 (12) : 1223-1233.
39. Buijsse B, Feskens EJ, Kwape L, Kok FJ, Kromhout D. Both alpha- and beta-carotene, but not tocopherols and vitamin C, are inversely related to 15-year cardiovascular mortality in Dutch elderly men. *J. Nutr.*, 2008 Feb., 138 (2) : 344-350. Division of Human Nutrition, Wageningen University, Wageningen, 6700 EV The Netherlands.
40. Takeuchi T, Kawana T. Oral glucose challenge effects on growth and sex steroid hormones in normal women and women with hypothalamic amenorrhea. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, 1998 May, 61 (2) : 171-178.
41. Hubert GD, Schriock ED, Givens JR, Buster JE. Department of Obstetrics and Gynecology Suppression of circulating delta 4-androstenedione and dehydroepiandrosterone sulfate during oral glucose tolerance test in normal females. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 1991 Oct., 73 (4), 781-784.
42. Vasarhelyi B, Bencsik P, Treszl A, Bardoczy Z, Tulassay T, Szathmari M. The Effect of Physiologic Hyperinsulinemia during an Oral Glucose Tolerance Test on the Levels of Dehydroepiandrosterone (DHEA) and Its Sulfate (DHEAS) in Healthy Young Adults Born with Low and with Normal Birth Weight. *Endocr. J.* 2003 Dec., 50 (6) : 689-695.
43. Goodman-Gruen D, Barrett-Connor E. Sex differences in the association of endogenous sex hormone levels and glucose tolerance status in older men and women. *Diabetes Care*, 2000 July, 23 (7) : 912-918.
44. Sauvaget C, Nagano J, Hayashi M, Spencer E, Shimizu Y, Allen N. Vegetables and fruit intake and cancer mortality in the Hiroshima/Nagasaki Life Span Study. *Br. J. Cancer.*, 2003, 88 (5) : 689-694.
45. Bazzano LA, He J, Ogden LG, Loria C, Vupputuri S, Myers L, Whelton PK. Legume consumption and risk of coronary heart disease in US men and women : NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. *Arch. Intern. Med.*, 2001 Nov. 26, 161 (21) : 2573-2578.
46. Vasarhelyi B, Bencsik P, Treszl A, Bardoczy Z, Tulassay T, Szathmari M. The Effect of Physiologic Hyperinsulinemia during an Oral Glucose Tolerance Test on the Levels of Dehydroepiandrosterone (DHEA) and Its Sulfate (DHEAS) in Healthy Young Adults Born with Low and with Normal Birth Weight. *Endocr. J.*, 2003 Dec., 50 (6) : 689-695.
47. Sichieri R, Everhart JE, Mendonca GA. Diet and mortality from common cancers in Brazil : an ecological study. *Cad. Saude Publica.*, 1996 Jan., 12 (1) : 53-59.
48. Mlekusch W, Lamprecht M, Ottl K, Tillian M, Reibnegger G. A. glucose-rich diet shortens longevity of mice. *Mech. Ageing Dev.*, 1996 Nov. 29, 92 (1) : 43-51.
49. Reiser S, Ferretti RJ, Fields M, Smith JC Jr. Role of dietary fructose in the enhancement of mortality and biochemical changes associated with copper deficiency in rats. *Am. J. Clin. Nutr.*, 1983 Aug., 38 (2) : 214-222.
50. Fields M, Ferretti RJ, Smith JC Jr, Reiser S. Effect of copper deficiency on metabolism and mortality in rats fed sucrose or starch diets. *J. Nutr.*, 1983 July, 113 (7) : 1335-1345.
51. Menotti A, Kromhout D, Blackburn H, Fidanza F, Buzina R, Nissinen A. Food intake patterns and 25-year mortality from coronary heart disease : cross-cultural correlations in the Seven Countries Study. *The Seven Countries Study Research Group. Eur. J. Epidemiol.*, 1999 July, 15 (6) : 507-515.
52. Carroll KK. Dietary factors in hormone - dependent cancers. In M. Winick (ed.), *Current concepts in Nutrition*, Volume 6 : *Nutrition & Cancer*. New York, John Wiley & Sons, 1977 : 25-40.

RÉFÉRENCES POUR BIEN SE NOURRIR POUR VIVRE LONGTEMPS ET HEUREUX

53. Hara N, Sakata K, Nagai M, Fujita Y, Hashimoto T, Yanagawa H. Geographical difference of mortality of digestive cancers and food consumption. *Gan No Rinsho*, 1984 Oct., 30 (13) : 1665-1674.
54. Haglund O, Wallin R, Luostarinen R, Saldeen T. Effects of a new fluid fish oil concentrate, ESKIMO-3, on triglycerides, cholesterol, fibrinogen and blood pressure. *J. Intern. Med.*, 1990, 227 (5) : 347-353.
55. Roth-Walter F, Berin MC, Arnaboldi P, Escalante CR, Dahan S, Rauch J, Jensen-Jarolim E, Mayer L. Pasteurization of milk proteins promotes allergic sensitization by enhancing uptake through Peyer's patches. *Allergy*, 2008 July, 63 (7) : 882-890.
56. Schulmeister U, Swoboda I, Quirce S, De la Hoz B, Ollert M, Pauli G, Valenta R, Spitzauer S. Sensitization to human milk. *Clin. Exp. Allergy*, 2008 Jan., 38 (1) : 60-68.
57. Meijler FL. The failing of the MRFIT (multiple risk intervention trial). *Ned. Tijdschr. Geneesk.*, 1982 ; 126 (52) :2390-2391.
58. Rohan TE, Hiller JE, McMichael AJ. Dietary factors and survival from breast cancer. *Nutr. Cancer.*, 1993, 20 (2) : 167-177.

SOURCES D'INFORMATION MÉDICALE

- **International Hormone Society** : www.intlhormonesociety.org
- **World Society of Anti-aging Medicine** : www.wosaam.ws
- **American Academy of Anti-Aging Medicine** : www.a4m.com
- **Formations et livres Hertoghe Medical School** : www.hertoghemedicalschool.eu
- **Clinique Dr Thierry Hertoghe** : www.hertoghe.eu
Tél. : +32 (0) 2 736 68 68 – E-mail : secretary@hertoghe.eu
Adresse : 7 avenue Van Bever, 1180 Bruxelles, Belgique

À nos lecteurs : Nous faisons notre possible afin de vous informer pour le mieux. Cependant, pour des raisons légales, de capacité et de sécurité, le Dr Hertoghe ne peut répondre à des e-mails médicaux personnels sans consultation individuelle avec examen physique. Seules certaines questions qui peuvent intéresser tout le monde seront sélectionnées pour trouver une réponse dans une Lettre prochaine. Dans la Lettre il y a souvent des alternatives de suppléments nutritionnels que vous pouvez prendre sous la supervision d'un nutritionniste ou médecin pour assurer la sécurité. Merci pour votre compréhension.

La rédaction