

Les intolérances alimentaires comme résultat d'un désordre intestinal, un article de dr Campbell

Traduction FR par C. Petranto d'un article de la doctoresse Natasha Campbell-McBride : dans cette étude de cas concret, Campbell illustre que les intolérances sont une conséquence d'un intestin mal habité, et non la source des troubles ; que l'éviction n'est pas la solution ; mais qu'il faudrait prendre le temps de retrouver une santé intestinale optimale. L'original en anglais a été publié dans : Journal of Orthomolecular Medicine, First Quarter, 2009, Vol 24, 1, pp.31-41 - à trouver dans le numéro complet, à télécharger ici:

<https://orthomolecular.org/library/jom/2009/toc1.shtml>

NB Taty : il peut y avoir confusion entre « allergie » franche et « intolérance » alimentaire. Clelia s'est permis de remplacer les « allergy » du texte original par « intolérances » la plupart du temps. Au passage, merci à Clelia d'avoir pris le temps de traduire en ces temps (2010) où les robots ne le faisaient pas gratuitement.

Les allergies alimentaires sont devenues très courantes et la tendance est à la hausse. La plupart des praticiens de santé constatent qu'ils y sont de plus en plus confrontés sur une base quotidienne. Une récente enquête publique au Royaume-Uni a montré que presque la moitié de la population interrogée rapporte avoir une "allergie" à un ou plusieurs aliments. Toutefois, les chiffres officiels pour les "vraies allergies alimentaires" tournent autour des 1% parmi la population dans les pays dits développés. La raison de cette confusion est que la majorité des réactions/allergies/intolérances alimentaires ne produisent pas un profil type d'allergie. (...)

1 Texte original : *"La raison de cette confusion est que la majorité des réactions alimentaires/allergies/intolérances ne produisent pas un profil d'allergie typique (IgE ou IgG élevées avec test de piqûre positif et/ou test RAST positif). Il y a eu différentes tentatives pour classer ce groupe : comme une allergie alimentaire de type B, une intolérance alimentaire métabolique ou simplement une intolérance alimentaire, plutôt qu'une « véritable » allergie. Dans ce groupe, une personne peut réagir à de nombreux aliments ou combinaisons d'aliments différents. Il arrive souvent que la personne ne sache pas quel aliment produit la réaction, car celle-ci peut être immédiate ou retardée (un jour, quelques jours ou même une semaine plus tard)."*

Assez souvent, la personne n'est pas sûre de l'aliment responsable de la réaction, parce que la réaction peut être immédiate ou retardée (d'un jour, de quelques jours ou même d'une semaine). Comme ces réactions retardées se chevauchent l'une l'autre, les patients ne sont jamais certains de ce à quoi ils réagissent un jour donné. En outre, il y a un phénomène de masquage, quand les réactions à un aliment consommé régulièrement se combinent à d'autres réactions (Les nouvelles réactions commencent quand les précédentes ne se sont pas calmées), le lien entre l'aliment et les symptômes qu'il déclenche n'est pas apparent. Les allergies ou intolérances alimentaires peuvent produire n'importe quel symptôme : de la migraine, la fatigue, le syndrome prémenstruel, les articulations douloureuses, la peau qui gratte à la dépression, l'hyperactivité, les hallucinations, les obsessions et autres troubles psychiatriques et neurologiques. Cependant, les symptômes les plus immédiats et les courants chez la vaste majorité des patients sont : douleur, diarrhée ou constipation, envies pressantes, ballonnements, indigestions, etc.

Naturellement, de nombreuses personnes tentent d'identifier les aliments auxquels elles réagissent. De ce fait, des tests sous toutes les formes sont apparus sur le marché : des tests sanguins aux tests cutanés électroniques. Beaucoup de praticiens expérimentés sont déçus par la plupart de ces tests, car ils produisent trop de faux résultats négatifs/positifs. En outre, ils amènent à la simple conclusion qu'il suffira d'éliminer les aliments détectés comme "positifs" à l'issue du test pour régler le problème. Dans certains cas, il est vrai que l'évitement d'un aliment peut aider. Toutefois, pour la majorité, les effets positifs ne perdurent pas: les patients, après avoir éliminé quelques aliments, commencent à réagir à d'autres aliments qui ne semblaient pas les faire réagir auparavant. Le processus global conduit à une situation dans laquelle la personne ne peut quasiment plus rien manger, et chaque nouveau test détecte de nouvelles intolérances alimentaires. La plupart des praticiens expérimentés arrivent à la même conclusion: la stratégie simpliste qui consiste à ne pas manger les aliments auxquels on est hyperréactif ne s'adresse pas aux racines du problème. Nous devons examiner plus en profondeur l'origine de ces intolérances alimentaires. Pour le comprendre, j'aimerais partager avec vous l'histoire d'une mes patientes.

Le cas concret

Stephanie S. 35 ans fait appel à moi pour "sortir de ses *allergies* alimentaires". Physiquement, c'est une femme au teint pâle qui a l'air en malnutrition (45kg pour 1m60), elle a très peu d'énergie, une cystite chronique, des douleurs abdominales, des ballonnements et une constipation chronique. Toute sa vie elle a été diagnostiquée anémique.

Historique médical de la famille: née d'un mère souffrant elle-même de troubles digestifs et de migraines, sa soeur souffrait d'eczéma sévère et son frère de problèmes gastro-intestinaux. Pas d'infos sur la santé du père.

Elle n'a pas été allaitée et à l'âge de 3 mois fait sa première infection urinaire avec son 1er traitement antibiotique. Depuis lors, les infections urinaires ont toujours été un problème récurrent, habituellement traitées par antibiotiques; au moment où elle me consulte elle souffre de cystite interstitielle chronique.

Durant l'enfance elle paraît toujours très pâle, elle a toujours trouvé difficile de prendre du poids, cependant elle estime que sa santé était "ok" à ce moment-là -elle va à l'école et fait du sport. A 14 ans, ses menstruations qui avaient commencé l'année précédente s'arrêtent. On lui donne la pilule qui semble réguler ses menstruations. A l'âge de 16 ans elle est mise sous un long traitement antibiotique contre l'acné, suite à quoi elle développe une intolérance au lactose, une constipation sévère et des ballonnements. On lui conseille d'arrêter les produits laitiers à 18 ans, ce qui aide la constipation pendant un bout de temps, mais les autres symptômes persistent. Elle développe progressivement des niveaux faibles d'énergie, des crampes abdominales, des vertiges, un poids corporel très bas et une peau très sèche. Après de nombreuses consultations médicales et des tests d'allergie alimentaire, elle commence à éliminer différents aliments de son régime, mais elle n'est jamais sûre que cela faisait la différence: certains symptômes semblaient s'améliorer, d'autres non et de nouveaux apparaissaient. Elle devient sensible aux sons trop forts et à la pollution locale, à son shampoing et son maquillage ainsi qu'à certains produits chimiques de nettoyage. Sa cystite devenue chronique est diagnostiquée comme ayant une origine psychosomatique par son docteur. Sa diète au moment où elle vient me voir est très limitée : elle semble tolérer (mais n'est pas entièrement sûre) les céréales du petit-déjeuner, le yaourt de brebis, le lait de soja, quelques variétés de fromages, quelques légumes et rarement du poisson. Après plusieurs tests d'intolérances alimentaires, elle a supprimé toutes les viandes, les oeufs, les noix, tous les fruits, les céréales complètes et la plupart des légumes.

L'exemple est très courant et démontre clairement que juste supprimer les "mauvais" aliments de la diète ne résoud pas le problème. Nous devons voir plus loin et suivre la genèse de la maladie de la patiente. Pour cela nous allons examiner l'historique de santé de Stéphanie.

Enfance

La mère de Stéphanie souffrait de problèmes digestifs et n'a pas allaité sa fille. Qu'est-ce que cela pourrait bien raconter? Nous savons que l'enfant à naître a un intestin stérile. Au moment de la naissance, le bébé avale des bouchées de microbes qui vivent dans le vagin de la mère. Ces microbes prennent environ 20 jours pour s'établir dans le système digestif vierge du bébé et devenir sa flore intestinale. D'où provient la flore vaginale? La science médicale nous apprend qu'elle provient en grande partie de l'intestin. Ce qui vit dans l'intestin d'une femme se retrouvera dans son vagin. La mère de Stéphanie souffrait de problèmes digestifs à la base, ce qui indique qu'elle avait une flore intestinale anormale qu'elle a transmise à sa fille à la naissance.

Stéphanie n'a pas été allaitée. Le lait maternel, plus particulièrement le colostrum dans les premiers jours après la naissance, est vital pour une population appropriée du système digestif du bébé avec une flore microbienne saine. Nous savons que les bébés nourris au biberon développent une flore complètement différente de ceux qui sont allaités. Cette flore intestinale prédispose les bébés nourris au biberon à l'asthme, l'eczéma, à différentes allergies et autres problèmes de santé. Mais les anomalies les plus importantes se développent dans le système digestif, là où ces microbes se sont installés. La flore intestinale transmise par la mère de Stéphanie était déjà anormale et elle a été encore plus compromise par l'allaitement au biberon.

NB Taty 2024: que les mamans qui n'ont pas pu allaiter ne se culpabilisent pas pour autant. xxx

Cystite chronique

Mis à part l'intestin, dans les premières semaines de la vie, d'autres muqueuses ainsi que la peau du bébé commencent à développer leur propre flore. Celle-ci joue un rôle crucial dans la protection de ces surfaces contre les pathogènes et les toxines. Comme Stéphanie a acquis une flore intestinale anormale, l'aine et le vagin auront eux aussi une flore anormale (puisque normalement elle vient de l'intestin). En même temps, la flore de l'urètre et de la vessie devrait être semblable à la flore vaginale: en situation normale, elle devrait être prédominée par des Lactobacteria, en majorité *L. crispatus* et *L. jensenii*. Cette flore produit du peroxyde d'hydrogène qui va réduire le Ph de cette zone du corps, ce qui empêchera les pathogènes d'y adhérer. Un urètre et une vessie non protégés sont comme une invitation aux microbes pathogènes, ce qui déclenche des infections du canal urinaire. Les pathogènes les plus courants, à l'origine d'infections urinaires, sont *E.coli*, *Pseudomonas aeruginosa* et *Staphylococcus saprophyticus*, qui proviennent de l'intestin et de l'aine. L'urine est l'une des voies d'élimination des toxines du corps.

En cas de dysbiose intestinale, des quantités importantes de toxines sont produites par différents agents pathogènes présents dans l'intestin et sont absorbés dans la circulation sanguine à travers la paroi intestinale endommagée. Beaucoup de ces toxines quittent le corps dans l'urine: en s'accumulant dans la vessie, l'urine toxique entre en contact avec la paroi de la vessie. Les bactéries bénéfiques de la vessie et de l'urètre maintiennent une couche de protection: une barrière protectrice des muqueuses, essentiellement fabriquée à partir de glucosaminoglycans sulphatés, eux-même produits par les cellules de la paroi vésicale. Si cette couche est endommagée, les substances toxiques de l'urine passent au travers de la paroi de la vessie provoquant une

inflammation et conduisant à une cystite chronique. Et c'est ce qui est arrivé à Stéphanie: à l'âge de 3 mois, elle a eu sa première infection urinaire. Comme sa flore intestinale, vaginale et celle de l'urètre et de la vessie n'ont pas été corrigées, elle a souffert d'infections urinaires toute sa vie et a finalement développé une cystite chronique.

Autres dégâts sur la flore intestinale

En raison de ses infections urinaires courantes, Stéphanie a régulièrement reçu des traitements antibiotiques toute sa vie et ce, depuis l'enfance. Chaque traitement antibiotique agresse les souches de bactéries bénéfiques de l'intestin, laissant la porte ouverte à l'invasion d'agents pathogènes résistants aux antibiotiques. Même lorsque le traitement est court et la dose faible, il faut un certain temps avant que les différentes bactéries intestinales bénéfiques puissent récupérer: 1 à 2 semaines pour les souches physiologiques de bactéries E.coli, 2 à 3 semaines pour les Bifidobacteria et les Veillonelli, un mois pour les Peptostreptococci. Si durant cette période la flore intestinale est soumise à d'autre(s) facteur(s) préjudiciable(s), alors la dysbiose intestinale peut démarrer pour de bon.

Après de nombreux traitements antibiotiques de courte durée, Stéphanie a suivi un long traitement contre l'acné à l'âge de 16 ans. C'est à ce moment là qu'elle a développé de graves troubles digestifs: constipation, ballonnements, douleurs abdominales et intolérance au lactose, indiquant que sa flore intestinale était sérieusement compromise.

Dès l'âge de 14 ans, Stéphanie s'est vue prescrire la pilule contraceptive pendant plusieurs années. Les contraceptifs ont de sérieux effets dommageables sur la composition de la flore intestinale, menant à des intolérances et autres troubles reliés à une dysbiose intestinale.

La malnutrition, conséquence d'une flore intestinale anormale

Stéphanie a souffert de malnutrition toute sa vie malgré le fait que sa famille ait toujours cuisiné des repas complet à partir d'aliments frais et qu'elle ait bon appétit. Elle était toujours pâle, très petite et mince, et ne prenait pas de poids. Cela n'est pas surprenant compte tenu de l'état de sa flore intestinale dès la naissance. La couche microbienne qui se trouve à la surface absorbante du conduit gastro-intestinal ne fait pas que le protéger mais maintient son intégrité. Les cellules épithéliales appelées les entérocytes, qui recouvrent les villosités de l'intestin, complètent le processus de digestion et absorbent les nutriments de la nourriture. Ces cellules ne vivent que quelques jours car le renouvellement de la paroi intestinal est très actif. Ces cellules prennent naissance dans les profondeurs de la crypte. Ensuite elles s'acheminent lentement jusqu'au sommet des villosités, font leur travail de digestion et d'absorption tout en devenant de plus en plus matures sur le chemin. Quand elles ont atteint le sommet de la villosité, on se débarrasse d'elles. De cette manière, l'épithélium de l'intestin est constamment renouvelé pour s'assurer de sa bonne capacité à faire son travail correctement.

Des expériences sur les animaux dont on avait stérilisé l'intestin ont montré que quand les bactéries bénéfiques qui vivent sur l'épithélium intestinal sont supprimées, le processus de renouvellement cellulaire est complètement hors d'usage. Le temps de déplacement des cellules des cryptes au sommet de la villosité prend plus de temps, ce qui perturbe le processus de maturation des cellules absorbantes et ces dernières se transforment en cellules cancéreuses. L'activité mitotique dans les

cryptes est en grande partie supprimée, ce qui signifie que moins de cellules naissent et qu'il y a donc moins de cellules saines et aptes à faire leur travail. L'état des cellules elles-mêmes devient anormal. C'est ce qui arrive chez un animal de laboratoire avec l'intestin stérilisé. Dans le corps humain, l'absence de bonnes bactéries est toujours accompagné de la prolifération incontrôlable de bactéries pathogènes, ce qui ne fait qu'empirer la situation. Sans les soins de nos bactéries bénéfiques lors d'une attaque par la flore pathogène, l'épithélium intestinal dégénère et devient inapte à digérer et absorber la nourriture correctement, ce qui conduit à la malabsorption, aux carences nutritionnelles et aux intolérances alimentaires.

En dehors de l'entretien de la bonne santé de notre paroi intestinale, la flore intestinale saine qui peuple cette paroi est conçue pour participer activement au processus de digestion et d'absorption. Tant et si bien qu'une digestion et une absorption normales de la nourriture sont probablement impossibles sans une flore intestinale bien équilibrée. Cette dernière a la capacité

de digérer les protéines, de fermenter les glucides, de décomposer les lipides et les fibres. Les sous-produits de l'activité bactérienne dans l'intestin sont capitaux dans le transport des minéraux, vitamines, eau, gaz et de nombreux autres nutriments à travers la paroi intestinale jusque dans le sang. Si la flore intestinale est endommagée, les meilleurs aliments et suppléments n'ont pas une chance d'être bien décomposés et absorbés. Un bon exemple pour illustrer est la fibre alimentaire qui est l'un des habitats naturels de la flore intestinale bénéfique. Elles s'en nourrissent, produisant alors une bonne nourriture pour la paroi intestinale et le corps entier, elles l'engagent dans l'absorption des toxines, elles l'activent pour participer au métabolisme de l'eau et des électrolytes, pour recycler les acides biliaires et le cholestérol, etc., etc.

C'est l'action bactérienne sur les fibres alimentaires qui permet de remplir toutes ces bonnes fonctions dans le corps. Et quand les bonnes bactéries sont endommagées et incapables de "travailler" les fibres, les fibres elles-mêmes peuvent devenir dangereuses pour le système digestif, pouvant devenir un habitat pour les bactéries pathogènes et aggraver ainsi l'inflammation de la paroi intestinale. C'est pourquoi les gastroentérologues recommandent une diète pauvre en fibres. En conséquence, la fibre alimentaire seule sans les bactéries bénéfiques présentes dans l'intestin peut se révéler néfaste.

Stéphanie a aussi constaté qu'elle était devenue intolérante au lactose après le long traitement antibiotique contre l'acné prescrit à l'adolescence. Et effectivement, le lactose est l'une de ces substances que la plupart d'entre nous ne pourraient pas digérer sans un bon fonctionnement de la flore intestinale. L'explication offerte par la science jusqu'ici c'est que la majorité d'entre nous après la petite enfance ne disposons plus de l'enzyme appelé Lactase et qui permet de digérer le lactose. Si nous ne sommes pas destinés à digérer le lactose, alors pourquoi certaines personnes semblent le gérer sans problème ? C'est parce que ces personnes ont les bactéries adéquates dans leur intestin. L'une des principales bactéries digérant le lactose dans l'intestin humain est E.coli. Il est surprenant pour beaucoup d'entre nous d'apprendre que des souches bénéfiques de E.coli sont des habitants essentiels d'un tract digestif sain. Ces bactéries apparaissent en grand nombre dans l'intestin d'un bébé en bonne santé dans les premiers jours de sa naissance: 10⁷ -10⁹ UFC/g (UFC : unités formant colonies) et leur nombre reste stable toute la vie, à condition qu'elles ne soient pas détruites par les antibiotiques et d'autres facteurs environnementaux. A part la digestion du lactose, les souches bénéfiques de E.coli produisent la vitamine K et les vitamines B1, B2, B6, B12, des substances antibiotiques appelées colicines, et elles contrôlent les membres déviants de leur propre famille à l'origine de maladies. En fait, la meilleure manière de vous protéger contre les espèces pathogènes E.coli est d'avoir un intestin peuplé de souches bénéfiques de la même famille. Malheureusement, ce groupe de bactéries bénéfiques est très sensible aux antibiotiques à large

spectre, en particulier les aminoglycosides (Gentamycin, Kanamycin) et les macrolides (Erythromycin, etc.)

En dehors des E.coli, d'autres bactéries bénéfiques de la flore intestinale saine (Bifidobacteria, Lactobacterio, levures bénéfiques et autres) ne font pas que s'assurer de l'absorption adéquate des nutriments de la nourriture mais participent activement à la synthèse d'une multitude de nutriments: vitamine K, acide panthoténique, acide folique, thiamine (vitamine B1), riboflavine (vitamine B2), niacine (vitamine B3), pyridoxine (vitamine B6), cyanocobalamin (vitamine B12), différents acides aminés et autres substances actives. Dans le processus d'évolution, la Nature s'est assurée que l'être humain, en période de famine, ne puisse pas mourir à cause de carences en vitamines et acides aminés. La nature nous a pourvu de notre propre usine de fabrication de ces substances - une flore intestinale saine. Et quand la flore intestinale est endommagée, nous développons des carences nutritionnelles malgré une bonne alimentation. Chaque enfant ou adulte avec une dysbiose intestinale présente des carences en vitamines ; vitamines que la flore intestinale est supposée produire. La restauration de la flore bénéfique de l'intestin est la meilleure manière de gérer ces déficiences, en particulier celles en vitamines B.

Les tests sanguins au fil des ans montrent que Stéphanie a continuellement présenté des carences en vitamine B, en vitamines liposolubles, en magnésium, en zinc, en sélénium, en manganèse, en soufre, en fer et en acides gras.

L'anémie, une autre conséquence de la dysbiose intestinale

Stéphanie a souffert toute sa vie d'anémie, traitée sans succès avec des suppléments en fer. La majorité des patients atteints de dysbiose intestinale ont un teint pâle et leurs analyses de sang montrent des modifications typiques de l'anémie. Cela n'est pas surprenant. Non seulement ces patients n'arrivent pas à absorber les vitamines et les minéraux essentiels pour le sang à partir de la nourriture, mais leur propre production de ces vitamines est endommagée. Pour couronner le tout, les personnes avec une flore intestinale déviante ont souvent des groupes particuliers de bactéries pathogènes dans leur intestin qui sont friandes de fer (Actinomyces spp., Mycobacterium spp., souches pathogènes de E.coli, Corynebacterium spp. et beaucoup d'autres). Elles consomment le fer alimentaire, laissant la personne déficiente. Malheureusement, les suppléments de fer favorisent la prolifération de ces bactéries, amènent des problèmes digestifs désagréables et ne résolvent pas l'anémie. Pour avoir un sang sain, le corps a besoin d'autres minéraux, d'une multitude de vitamines: B1, B2, B3, B6, B12, C, A, D, acide folique, acide pantothénique et certains acides aminés. Il a été démontré dans de nombreuses études partout dans le monde que juste donner des suppléments en fer ne changeait pas grand chose à l'anémie.

Les agents pathogènes dans l'intestin

Les plus étudiés des agents pathogènes qui prolifèrent après de nombreux traitements antibiotiques sont les clostridia et les levures, qui appartiennent normalement au groupe opportuniste des microbes intestinaux. La flore intestinale opportuniste est un grand groupe de différents microbes, leur nombre et leurs combinaisons sont individuelles. Il y en a environ 400 espèces dans l'intestin humain. Les plus courantes sont: Bacteroids, Peptococci, Staphylococci, Streptococci, Bacilli, Clostridia, Yeasts, Enterobacteria (Proteus, Klebsiella, Citrobacteria, etc.), Fuzobacteria, Eubacteria, Spirochaetaceae, Spirillaceae, Catenobacteria, différents virus et beaucoup d'autres. Fait intéressant, plusieurs de ces bactéries opportunistes, lorsqu'elles sont en petit nombre et sous

contrôle, vont remplir certaines fonctions bénéfiques dans l'intestin comme participer à la digestion de la nourriture, décomposer les lipides et les acides biliaires. Dans un intestin sain, leur nombre est limité et étroitement contrôlé par la flore bénéfique.

Mais quand cette flore bénéfique est affaiblie et endommagée, ils échappent à tout contrôle. Chacun de ces microbes est capable de causer divers problèmes de santé. Le plus connu est le champignon *Candida albicans* qui cause des souffrances indicibles à des millions de gens. Il y a une littérature abondante au sujet de l'infection au *Candida*. Cependant, je dois dire que la plupart de ce qui est décrit comme étant le syndrome du *Candida* est dans le fond le résultat de la dysbiose intestinale. Cette dernière met en jeu l'activité d'un grand nombre d'autres microbes opportunistes et pathogènes. Le *Candida albicans* n'est jamais seul dans le corps humain. Son activité et sa capacité de survie et d'engendrement de la maladie dépend de l'état de ses milliards de voisins - diverses bactéries, virus, protozoaires, autres levures et nombreux microorganismes. Dans un corps sain, le *Candida* et de nombreux autres microbes nocifs sont très bien contrôlés par la flore bénéfique. Malheureusement, l'ère des antibiotiques a donné au *Candida* une occasion spéciale de se développer. Les

habituels antibiotiques à large spectre tuent un grand nombre de microbes différents dans le corps - bons et mauvais. Mais ils n'ont aucun effet sur le *Candida*. Donc, après chaque traitement antibiotique, le *Candida* est laissé sans personne pour le contrôler, ce qui lui permet de se développer et de prospérer. Stéphanie présentait de nombreux symptômes d'une prolifération du *Candida* dans son corps : énergie faible, peau sèche, mycose vaginale récurrente et cystite, ballonnement, constipation, cerveau embrumé et léthargie.

La famille Clostridia a elle aussi bénéficié de l'ère des antibiotiques pour proliférer car les Clostridia y sont résistants. On connaît jusqu'à présent l'existence d'environ 100 membres de cette famille et ils peuvent tous causer des maladies graves. Beaucoup d'entre eux se retrouvent comme opportunistes dans la flore intestinale de l'homme. Aussi longtemps qu'ils sont contrôlés par les microbes intestinaux bénéfiques, ils ne sont pas dangereux. Malheureusement, chaque traitement antibiotique à large spectre élimine les bonnes bactéries, ce qui laisse le Clostridia sans contrôle et lui permet de prospérer. Différentes espèces de Clostridia provoquent une inflammation grave du système digestif et endommagent son intégrité, conduisant à de nombreux problèmes digestifs et intolérances alimentaires.

"Allergies" alimentaires et intolérances

La flore intestinale normale maintient l'intégrité de la paroi intestinale en la protégeant, la nourrissant et en lui assurant un renouvellement cellulaire à sa surface. Quand les bactéries bénéfiques de l'intestin sont fortement réduites, la paroi intestinale dégénère. Parallèlement, les espèces opportunistes, non contrôlées par la flore bénéfique affaiblie, accèdent à la paroi intestinale et l'endommagent, la rendant poreuse et perméable ("leaky gut" en anglais -> intestin qui fuit). Par exemple, les microbiologistes ont observé comment les bactéries intestinales opportunistes de la famille des Spirochaetaceae et des Spirillaceae, grâce à leur forme en spirale, ont la capacité à pousser en dehors les cellules intestinales, de freiner l'intégrité de la paroi intestinale et de laisser passer au travers de cette paroi des substances qui ne devraient normalement pas le faire. Le *Candida albicans* a lui aussi cette capacité. Ses cellules s'attachent littéralement à la paroi intestinale en plantant leurs "racines" à travers, le rendant ainsi "fuyant". Beaucoup de vers et de parasites ont aussi cette capacité. Les aliments partiellement digérés traversent la paroi intestinale endommagée qui "fuit" et rejoignent le flux sanguin où le système immunitaire les reconnaît comme des étrangers et se met à réagir contre eux. C'est comme ça que

les allergies alimentaires et les intolérances se développent. Donc, il n'y a rien à reprocher à la nourriture. Ce qui se passe c'est que les aliments n'ont pas eu l'occasion d'être digérés correctement avant d'être absorbés à travers la paroi intestinale endommagée. Dans le but d'éliminer les intolérances il est alors préférable de se concentrer sur la paroi intestinale et non sur les aliments. D'après mon expérience clinique, quand la paroi intestinale est guérie, de nombreuses intolérances alimentaires disparaissent.

Guérir la paroi intestinale - le régime

Comment faire pour guérir la paroi intestinale? Nous avons besoin de remplacer les bactéries pathogènes de l'intestin par des bactéries bénéfiques; l'usage de probiotiques efficaces est une part essentielle du traitement. Cependant, l'intervention la plus importante est un régime approprié.

Il n'est pas nécessaire de réinventer la roue quand il s'agit de concevoir un régime pour soigner les troubles digestifs. Un régime a déjà été inventé, un régime très efficace avec plus de 60 ans de recul et un excellent taux de succès chez des gens présentant toutes sortes de désordres digestifs, y compris des maladies dévastatrices telles que la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse. Ce régime est appelé le Régime des Glucides Spécifiques ou RGS.

Le RGS a été inventé par un pédiatre américain renommé, le Dr. Sidney Valentine Haas, dans la première moitié du XXème siècle. C'était à cette bonne vieille époque où les médecins avaient encore l'habitude de traiter leurs patients avec l'alimentation et des moyens naturels. Poursuivant le travail de ses collègues les Drs. L. Emmett Holt, Cristian Herter et John Howland, le Dr. Haas a passé de nombreuses années de recherche sur les effets du régime alimentaire sur la maladie coeliaque et d'autres troubles digestifs. Lui et ses collègues ont constaté que les patients avec des troubles digestifs toléraient assez bien les protéines et graisses alimentaires. Mais les glucides complexes des céréales et des légumes riches en amidon empiraient la situation. Le surcrose, le lactose et les autres dissacharides devaient être exclus de la diète. Cependant, certains fruits et légumes étaient non seulement bien tolérés par leurs patients mais amélioraient leur condition physique. Le Dr. Haas a soigné plus de 600 patients avec succès: après avoir suivi le régime alimentaire pendant au moins un an, on assistait à "un recouvrement complet sans rechute, aucun décès, aucune crise, aucune atteinte pulmonaire et aucun retard de croissance". Les résultats de cette recherche ont été publiés dans un manuel médical complet "The management of celiac Disease", écrit par le Dr. Sidney V. Haas et Merrill P. Haas en 1951. Le régime, décrit dans le livre, a été accepté par la communauté médicale du monde entier comme une cure pour la maladie de coeliaque et le Dr. Sidney V. Haas a été honoré pour son travail de pionnier dans le domaine de la pédiatrie.

Malheureusement, les "happy end" n'arrivent pas assez souvent dans l'histoire humaine. A cette époque, la maladie de coeliaque n'était pas clairement définie. Un grand nombre de pathologies intestinales diverses étaient incluses dans le diagnostic de la maladie de coeliaque et toutes ces conditions étaient efficacement traitées par le RGS. Dans les décennies qui ont suivi, quelque chose de terrible s'est produit. La maladie de Coeliaque a finalement été définie comme une intolérance au gluten ou enthéropathie au gluten, ce qui a exclu du diagnostic un très grand nombre de problèmes intestinaux divers. Lorsque que la "diète sans gluten" a été annoncée comme étant efficace pour le traitement de la maladie coeliaque, le RGS est tombé dans l'oubli et ses informations considérées comme obsolètes. Et toutes les autres maladies intestinales, qui entraient dans le diagnostic avec la vraie maladie coeliaque, ont elles aussi été oubliées. La vraie maladie de coeliaque est rare et les pathologies intestinales "oubliées", qui constituent un très large groupe de patients,

sont habituellement diagnostiquées comme maladie de coeliaquie et ne répondent pas bien au régime sans gluten. Par ailleurs, de nombreux "vrais" coeliaques ne voient pas non plus leur situation s'améliorer en suivant la diète sans gluten. Toutes ces conditions répondent très bien au RGS développé par le Dr. Haas.

Après toute cette controverse concernant la maladie coeliaque, le Régime des Glucides Spécifique serait complètement tombé aux oubliettes s'il n'avait pas été remis au goût du jour par, vous le devinez, un parent ! Elaine Gottschall, désespérée d'aider sa petite fille souffrant d'une sévère colite ulcéreuse et de problèmes neurologiques, consulta le Dr. Haas en 1958. Après avoir suivi le RGS pendant 2 ans, sa fille fut complètement guérie de tout symptôme, elle était une petite fille pleine d'énergie et en plein développement. Vu le succès du RGS auprès de sa fille, Elaine Gottschall a au fil des années aidé des milliers de personnes souffrant de maladie de Crohn, de colite ulcéreuse, de maladie de coeliaquie, de diverticulite et de divers types de diarrhée chronique. Des guérisons très spectaculaires et rapides ont été observées chez de jeunes enfants qui, en dehors de leurs problèmes digestifs, présentaient de graves troubles du comportement tels que l'autisme, l'hyperactivité et les terreurs nocturnes. Elaine Gottschall a consacré plusieurs années de recherche sur les bases biochimiques et biologiques de l'alimentation et a publié un livre intitulé "Breaking the Vicious Cycle. Intestinal Health Through Diet." (Briser le Cercle Vicieux. La Santé Intestinale par l'Alimentation) Ce livre a sauvé des milliers d'enfants et d'adultes à travers le monde et a été réimprimé à de nombreuses reprises. Beaucoup de sites et de groupes ont fleuri sur la toile afin de pouvoir partager leurs recettes RGS et leurs expériences.

J'utilise le RGS depuis de nombreuses années dans ma clinique et je dois dire que c'est le régime idéal pour les intolérances alimentaires. Je travaille essentiellement avec des enfants présentant des troubles d'apprentissage comme les autistes, TDAH (trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité), dyslexie, dyspraxie, etc.. (NB Taty: cette neurologue russe d'origine s'est spécialisée à cause des problèmes de ce type chez son propre enfant). J'ai regroupé tous ces patients sous le nom Gut And Psychology Syndrome ou GAPS® (syndrome entéro-psychologique). J'ai dû adapter certains aspects du RGS pour ces patients et ils ont rebaptisé leur régime - le régime GAPS. Au fil du temps, j'ai développé la Diète d'introduction GAPS pour les cas les plus graves. Je trouve cette diète d'intro particulièrement efficace dans les intolérances alimentaires car elle permet à la paroi intestinale de guérir rapidement. La diète d'intro est structurée en plusieurs étapes. A moins qu'il n'y ait une allergie dangereuse (de type anaphylactique) à un aliment particulier, je conseille à mes patients d'ignorer les résultats de leurs intolérances alimentaires et de suivre les étapes une à une. La diète d'intro est en 5 étapes et sert la muqueuse intestinale de 3 manières:

1. Elle élimine les fibres. Dans un intestin endommagé, les fibres irritent la muqueuse intestinale et constituent une nourriture pour les microbes intestinaux pathogènes. Ce qui signifie: pas de noix, pas de haricots, pas de fruits et pas de légumes crus. Seuls les légumes bien cuits (en soupes et ragoûts) sont autorisés à condition d'ôter les parties fibreuses du légume. Les amidons ne sont pas autorisés dans le régime GAPS, ce qui signifie pas de céréales ni de légumes farineux.

2. Elle nourrit la muqueuse intestinale: acides aminés, minéraux, gélatine, glucosamines, collagènes, vitamines liposolubles, etc. Ces substances sont apportées par les bouillons de viandes et de poissons, par les parties gélatineuses de la viande bien cuites dans le bouillon, par les abats, les jaunes d'oeufs et par la grande consommation de graisses animales naturellement présentes dans les viandes.

3. Elle fournit des bactéries probiotiques sous la forme d'aliments fermentés. Les patients apprennent à préparer leur propre yaourt, kéfir, légumes et autres aliments à la maison. Ces aliments sont introduits progressivement afin d'éviter une réaction d'herxheimer. Dans les 2 premières étapes de la diète d'intro, les symptômes digestifs les plus graves comme la diarrhée et les douleurs abdominales disparaissent assez rapidement. A ce moment-là, le patient peut évoluer vers les étapes suivantes où toujours plus d'aliments sont introduits peu à peu. Comme l'intestin est en train de guérir, les patients constatent qu'ils peuvent introduire graduellement des aliments qu'ils ne pouvaient plus tolérer auparavant. Quand la diète d'introduction est terminée, le patient passe au régime GAPS complet. Je recommande d'adhérer à ce dernier en moyenne pour une durée de 2 ans afin de restaurer la flore intestinale normale et la fonction digestive. Selon la gravité de la situation, le temps de guérison varie. Les enfants guérissent généralement plus rapidement que les adultes.

NB Taty: Dans mes propres livres, je recommande de limiter la cure à 15 jours pour des raisons de prudence. Un lecteur non avisé, non suivi par un professionnel, pourrait vouloir prolonger un essai qui ne lui convient pas, dans un contexte qui peut le fragiliser. Ce n'est pas le cas des patients de la docteure Campbell, ni des personnes suivies en RGS ("Nouvelle flore" chez moi) par des praticiens avertis.

Stéphanie a du suivre la diète d'introduction pendant 7 mois avant de pouvoir prendre du poids et se sentir plus forte. Au moment où elle est passée au régime définitif, elle avait des selles normales, plus aucun ballonnements ni symptômes de cystite; son taux d'énergie s'était bien amélioré, bien qu'elle paraissait encore légèrement pâle. Un an après le début du traitement, elle a disparu pendant 18 mois jusqu'au jour où elle me donna de ses nouvelles: elle était bien, avec une bonne énergie, elle n'avait plus de symptômes de cystite et sa fonction intestinale était bonne. Elle avait pris du poids: bien qu'elle soit toujours mince, elle restait dans la norme. Au cours des 2 derniers mois elle avait recommencé à manger des aliments non autorisés dans le régime et a conclu qu'elle les tolérait en les consommant occasionnellement, y compris les pâtes, le chocolat et certains produits de la boulangerie locale.

Guérir la paroi intestinale - les probiotiques

Afin de guérir la paroi intestinale, en dehors d'un régime adéquat, nous avons besoin de remplacer la flore pathogène de l'intestin par une flore bénéfique. Les aliments fermentés procurent certains de ces microbes probiotiques. Cependant, un probiotique efficace est essentiel dans de nombreuses situations. De nombreuses études ont montré les bienfaits de la supplémentation en probiotiques dans la plupart des troubles digestifs ainsi que d'autres problèmes de santé. Le marché propose une foule de probiotiques sous la forme de boissons, de poudres, de capsules et de tablettes. La majorité d'entre eux sont prophylactiques, ce qui signifie qu'ils sont conçus pour les personnes en assez bonne santé. Ils ne sont pas conçus pour vraiment faire la différence entre une personne présentant un trouble digestif et une autre avec un "leaky gut" (intestin perméable).

Ces dernières ont besoin d'un probiotique puissant qui contient des espèces bien choisies de bactéries probiotiques. Un probiotique thérapeutique entraînera une réaction dite d'Herxheimer: les bactéries probiotiques tuent les pathogènes de l'intestin et quand ces derniers meurent, ils libèrent des toxines. Ce sont ces toxines qui vont donner au patient ses symptômes particuliers, leur relâchement va aggraver les symptômes, voilà ce qu'on appelle la réaction d'Herxheimer. Cette réaction peut être assez grave et doit être contrôlée. C'est pourquoi je recommande de commencer avec une très petite dose de probiotique et d'augmenter graduellement jusqu'à atteindre la dose thérapeutique. Une fois ce niveau atteint, le patient doit y rester pendant plusieurs mois: la durée

dépend de la gravité de sa condition. Une fois que la majorité des symptômes a disparu, le patient peut progressivement réduire la dose quotidienne à un taux de maintenance ou arrêter la prise du probiotique.

Stéphanie a recouru à un probiotique thérapeutique particulier. Elle a pris une gélule par jour (2 milliards de cellules vivantes) pendant une semaine, puis est montée jusqu'à 2 gélules quotidiennes. A cette dose, sa peau a commencé à gratter, ses selles sont devenues molles et les symptômes de sa cystite se sont légèrement aggravés. Elle a considéré qu'il s'agissait d'une réaction d'Herxheimer et a choisi de rester à cette dose aussi longtemps que les symptômes subsistaient -2 semaines et demie dans son cas. Ensuite elle est montée jusqu'à 3 gélules par jour. Cette augmentation a produit une autre réaction d'Herxheimer et elle a dû tenir un mois avec 3 gélules quotidiennes avant de changer la dose. Elle est ainsi arrivée peu à peu à 8 gélules par jour - sa dose thérapeutique. Je lui ai recommandé de rester à cette dose pendant 6 mois. Durant ce laps de temps, tous ses principaux symptômes se sont calmés et certains ont commencé à disparaître. Après 6 mois, elle a décidé de rester sur la dose thérapeutique plus longtemps car elle s'y sentait bien. Après 4 autres mois avec une dose quotidienne de 8 gélules, elle s'est sentie assez forte pour diminuer progressivement la dose. Elle est descendu graduellement jusqu'à 4 gélules par jour -sa dose de maintenance. Après 2 ans, elle a jugé que c'était le bon moment d'arrêter de prendre le probiotique (car il est cher) et d'y recourir occasionnellement, en cas de situation stressante.

Les références bibliographiques sont pages 39 à 41 de l'original, soit <https://orthomolecular.org/library/jom/2009/pdf/2009-v24n01.pdf>