Protocole de Coimbra Info

INTERVIEW AVEC DR. CICERO COIMBRA

Le protocole Coimbra :
de la vitamine D pour le traitement de la sclérose en plaques et des autres maladies auto-immunes ?

Depuis longtemps, le lien entre la vitamine D et la sclérose en plaques fait l'objet de recherches. Le Dr Coimbra, un neurologue brésilien, affirme qu'elle peut être utilisée pour le traitement de la sclérose en plaques et les autres maladies auto-immunes.
Le Dr Coimbra et son équipe ont soigné avec succès des milliers de patients atteints de sclérose en plaques, souvent avec une régression de tous les symptômes et une amélioration à l'examen clinique. Sa thérapie, connue sous le nom de "protocole Coimbra", est essentiellement basée sur un seul élément : la vitamine D à hautes doses.

Si la thérapie est instaurée à temps, les résultats peuvent être spectaculaires : des personnes pratiquement aveugles recommencent à voir et d'autres quittent leur fauteuil roulant. Nous avons parlé au Dr. Coimbra du rôle crucial de la vitamine D dans les maladies auto-immunes.

La découverte :
Des doses élevées de vitamine D dans la sclérose en plaques

Dr Coimbra, comment avez-vous eu l'idée d'utiliser la vitamine D pour la SEP et pour d'autres maladies auto-immunes ?

Dr Coimbra : J'ai mené des recherches sur des rats de laboratoire à partir de modèles de maladies neurologiques dans le but de tester de nouvelles possibilités de diagnostic. Dans le cadre de ce travail, j'ai trouvé une énorme quantité de recherches publiée qui, étrangement, étaient systématiquement négligées dans les manuels d'enseignement de médecine. Je me suis demandé pourquoi ces informations n'avaient pas été utilisées dans la pratique clinique – pourtant, il s agissait pour certaines d'informations fondamentales, très importantes pour la prévention et la thérapie de ces pathologies. Progressivement, je suis arrivé à la conclusion qu'un grand nombre de patients bénéficieraient de divers résultats de recherches qui ne sont pas divulgués lors des congrès médicaux ou dans les manuels scolaires parce qu'ils pourraient compromettre les ventes de médicaments coûteux.
À un moment donné, j'ai été convaincu que la vitamine D stimulait la production de substances neuro-régénératives dans le cerveau des adultes, des enfants, des fœtus et des embryons. J'ai compris à quel point elle était importante pour le développement, le bon fonctionnement, le maintien et la régénération du système nerveux - ainsi que pour la

régulation et le renforcement du système immunitaire. Elle contribue également à un bon nombre d'autres fonctions élémentaires pour la santé humaine.

Et ces faits ne sont pas connus dans le monde médical ?

Ces connaissances ne sont pas encore disponibles dans les manuels d'enseignement actuels et la majorité des médecins ne sont toujours pas conscients de l'importance centrale de la vitamine D- qui est en réalité une hormone. Nous avons commencé par administrer de la vitamine D aux patients souffrant de maladies neuro - dégénératives. Je me suis d'abord intéressé au traitement des patients atteints de la maladie de Parkinson. J'ai commencé à les traiter avec des doses de vitamine D physiologiquement réalistes.

Qu'entendez-vous par "physiologiquement réaliste" ?

La dose quotidienne recommandée aujourd'hui au niveau international est une dose très faible, bien en-dessous de la dose physiologique. La dose physiologique est - comme il a été récemment prouvé - d'au moins 7 000 UI par jour pour des adultes ayant un indice de masse corporelle normal, soit une quantité équivalente à celle que le corps peut produire en seulement 10 à 20 minutes d'exposition au soleil - selon l'étendue de la surface corporelle exposée, la position du corps (couché ou debout), la pigmentation de la peau, l'âge et la position du soleil. Les produits solaires bloquent d'ailleurs la capacité de l'organisme à produire de la vitamine D et ne devraient pas être utilisés avant qu'une quantité suffisante de vitamine D n'ait été produite.

10 000 UI est une dose physiologique, non pas une dose élevée. Cependant, la plupart des médecins considèrent encore cette dose-là comme potentiellement toxique. Aujourd'hui, la dose recommandée est toujours de 600 UI (unités internationales) par jour - bien que ce chiffre soit manifestement le résultat d'une erreur de calcul ! 600 UI sont recommandées, mais si une personne est exposée au soleil pendant seulement 20 minutes, elle peut facilement produire 10 000 unités ! Il y a un écart évident entre la pratique médicale et l'état actuel des connaissances scientifiques.

Votre dose initiale était donc de 10 000 UI ?

Nous avons commencé par administrer 10 000 unités aux patients atteints de maladies neuro-dégénératives. Un jour, un patient atteint de la maladie de Parkinson est venu pour sa deuxième visite, après trois mois de prise quotidienne de 10 000 UI. Ce patient avait une lésion de vitiligo sur le visage qui avait considérablement diminué au cours des quelques mois de ce traitement.

Cela m'a incité à chercher dans la littérature médicale des informations sur les effets de la vitamine D sur le système immunitaire. J'ai été surpris par l'énorme quantité de publications déjà disponibles dans les années 2001-2002.

Impressionné par ce premier résultat, j'ai commencé à administrer également 10 000 UI de vitamine D aux patients atteints de sclérose en plaques. La sclérose en plaques est une maladie auto-immune très courante en neurologie, avec des effets souvent dévastateurs. Nous avons administré cette première dose quotidienne également pour d'autres maladies auto-immunes comme le psoriasis, le lupus, la polyarthrite rhumatoïde. Nous étions étonnés de voir à quel point ces patients se portaient mieux, même s'ils n'étaient pas complètement

asymptomatiques. Cela a été le point de départ : la reconnaissance de la grande valeur de la vitamine D pour le traitement des maladies auto-immunes.

L'effet de la vitamine D sur les maladies auto-immunes

Pourquoi la vitamine D est-elle efficace contre les maladies auto-immunes ?

La vitamine D est le plus grand régulateur du système immunitaire et modifie la fonction de milliers de gènes dans chaque cellule du système immunitaire. C'est une substance à laquelle aucune autre ne peut être comparée.
Je vais utiliser une image pour expliquer comment l'activité de gènes est régulée par la vitamine D: Imaginez un gratte-ciel avec de nombreuses pièces. Imaginez maintenant que des milliers de portes de ce gratte-ciel ne peuvent être ouvertes ou verrouillées que par une seule clé. Vous pouvez comparer ce gratte-ciel à n'importe quelle cellule du système immunitaire, et la clé à la vitamine D.

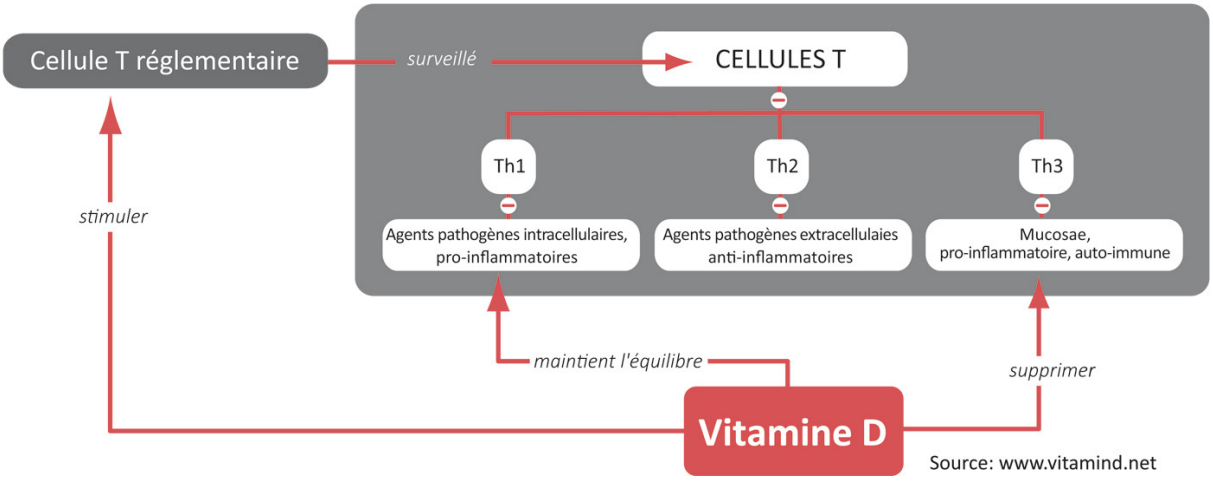
En cas de carence en vitamine D, le corps ne peut plus réguler l'activité de milliers de fonctions biologiques au sein des cellules du système immunitaire, à savoir la stimuler ou la réduire. Une carence de cette substance est une catastrophe pour le système immunitaire ! Les personnes souffrant d'une carence en vitamine D sont donc susceptibles de développer de nombreuses maladies auto-immunes telles que la sclérose en plaques, la poly neuropathie auto-immune, le syndrome de Guillain-Barré, la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrite psoriasique (et le psoriasis lui-même), la myasthénie grave, la poly myosite et le lupus érythémateux systémique, pour n'en nommer que quelques-unes.

Que fait exactement la vitamine D dans le système immunitaire ?

La vitamine D est un modulateur, une substance immuno-modulatrice qui ne supprime pas l'activité du système immunitaire, mais qui la module. Et nous savons que la vitamine D supprime tout particulièrement le type de réponse immunitaire responsable des maladies auto-immunes. C'est celle qu'on appelle la "réaction Th17". Pratiquement toutes les maladies auto-immunes sont causées par une telle réaction, qui n'est ni normale, ni physiologique. Selon mes connaissances, la vitamine D est la seule substance capable d'inhiber cette réponse particulière de façon sélective sans affecter les autres fonctions du système immunitaire. Au contraire : la vitamine D augmente même la capacité du système immunitaire à réagir face aux virus, aux bactéries et aux autres microorganismes !

Quelle est exactement cette réaction du Th17 ?

La réaction Th17 est causée par la surproduction d'une substance messagère immunitaire ou cytokine appelée "interleukine 17". La production d'interleukine 17 est un phénomène naturel, bénéfique en quantité contrôlée. Cependant, la surproduction d'interleukine 17 n'est pas un phénomène naturel. Et la vitamine D régule cette production d'interleukine 17. Une maladie auto-immune est donc le résultat d'un dérèglement du système immunitaire, qui génère une réaction-Th17 incontrôlée. Et la vitamine D est exactement la substance qui permet de réguler à nouveau le système immunitaire.



Et comment cette réaction au TH17 devient-elle incontrôlable ? En raison d'une carence en vitamine D ?

Les patients atteints de maladies auto-immunes ont une résistance génétique héréditaire aux effets de la vitamine D. Cette résistance à l'effet immuno-modulateur de la vitamine D est une résistance partielle, non complète. En raison de cette résistance, ces personnes sont prédisposées à développer des maladies auto-immunes.

Que signifie la résistance à la vitamine D ? Que doit-on entendre par ce terme ?

Le mécanisme exact de cette résistance n'est pas encore connu. Mais on sait que diverses maladies sont associées à des mutations génétiques du récepteur de la vitamine D, ce qui rend les personnes concernées résistantes à la vitamine D. Cette résistance peut également résulter d'une modification des enzymes responsables de la conversion et de l'activation de la vitamine D, les deux hydroxylases. Il y a donc plusieurs façons dont la résistance peut se développer : une mutation de la première hydroxylase, de la deuxième hydroxylase, une modification du récepteur de la vitamine D lui-même ou une modification génétique de la protéine qui fixe et transporte la vitamine D. Chacun de ces changements génétiques peuvent entraîner une résistance à la vitamine D. Une personne peut également souffrir de deux ou trois de ces problèmes à la fois qui contribuent ensemble à la résistance aux effets de la vitamine D.

Est- ce une hypothèse ou existe-t-il des preuves pour ce phénomène?

Ce n'est pas seulement une hypothèse, mais c'est scientifiquement prouvé : des changements polymorphes dans l'une des deux hydroxylases de la vitamine D (surtout 1-alpha hydroxylase), dans le récepteur de la vitamine D ou dans la DBP (protéine qui fixe la vitamine D) ont été identifiés et décrits dans diverses études comme étant associés aux maladies auto-immunes.

Les maladies auto-immunes sont en augmentation. Cela signifie-t-il que ces mutations se propagent ?

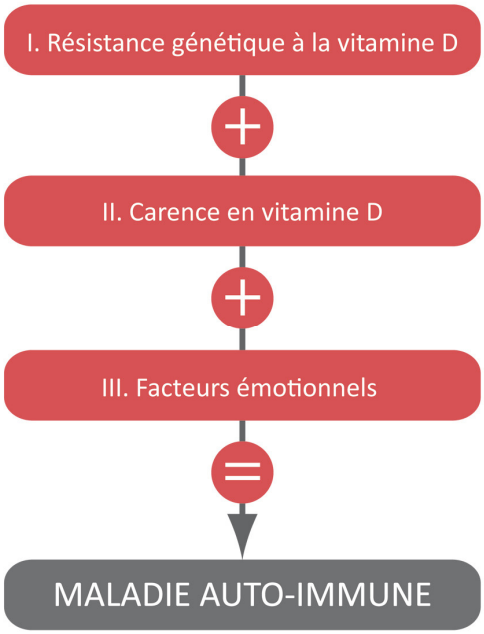
Pas nécessairement, mais l'effet d'un métabolisme de la vitamine D génétiquement modifié sur plusieurs maladies - non seulement les maladies auto-immunes - s'est accentué ces dernières années. Cela vient peut-être de l'évitement des rayons de soleil et de l'utilisation excessive de produits solaires. Il en résulte une forte propagation des carences en vitamine D, ce qui a augmenté la prévalence des maladies auto-immunes. Ces personnes auraient besoin de nettement plus de vitamine D au lieu d'en recevoir de moins en moins.

Qu'est-ce qui détermine le type de maladie auto-immune qu'un patient va développer à partir de cette résistance ?

Il y a plusieurs facteurs qui peuvent diriger la réaction auto-immune contre un tissu, un organe ou un système particulier. L'un de ces facteurs est la fonction héréditaire du système immunitaire, comme le système d'histocompatibilité, le "génotype HLA". D'autres facteurs peuvent être les maladies infectieuses qui sollicitent le système immunitaire de diverses façons.

La résistance à la vitamine D entraîne-t-elle inévitablement des maladies auto-immunes ?

Certains sujets sont porteurs de cette prédisposition génétique aux maladies auto-immunes, mais n'ont pas encore développé d'auto-immunité. Nous pensons que quelque chose d'autre est nécessaire en plus de cette prédisposition génétique pour déclencher ces maladies-là. Le facteur déclencheur le plus courant, je dirais même omniprésent - du moins dans la sclérose en plaques à poussées, car nous n'avons trouvé presque aucune exception parmi des milliers de patients atteints de maladies auto-immunes - est un événement éprouvant de la vie ou une période de stress prolongée. Cela semble être très similaire pour la plupart des maladies auto-immunes.
Je crois fermement que l'augmentation de la prévalence des maladies auto-immunes est principalement due à trois facteurs : premièrement, la résistance partielle héréditaire aux effets biologiques de la vitamine D. Deuxièmement, la carence en vitamine D causée par une exposition au soleil inadaptée. Et troisièmement, un facteur émotionnel, un évènement déclencheur qui mène à l'activation des maladies auto-immunes chez les personnes présentant les deux autres facteurs qui les y prédisposent.



Source: www.vitamind.net

Pour de nombreuses maladies auto-immunes, cependant, divers autres mécanismes sont actuellement à l'étude. Qu'en pensez-vous ?

Nous n'excluons pas que d'autres facteurs puissent également jouer un rôle dans ce processus, mais même si ces facteurs-là contribuaient réellement au développement des maladies auto-immunes, leur rôle y serait certainement secondaire comparé à l'importance physiopathologique de la vitamine D.

Le protocole Coimbra : déroulement et caractéristiques

Après vos résultats initiaux, vous avez développé au fil des années un protocole assez simple pour traiter pratiquement toutes les maladies auto-immunes, avec des résultats étonnants. Comment fonctionne ce protocole ?

Le traitement est composé essentiellement d'un seul élément : la vitamine D. Nous avons besoin de doses très élevées de vitamine D pour contrôler complètement la maladie. La dose n'est pas la même pour tous les patients, mais doit être ajustée individuellement en fonction du niveau de résistance de chaque patient. Nous avons développé une procédure pour déterminer les doses quotidiennes pour chaque patient à l'aide de tests de laboratoire : L'étendue de la résistance peut être évaluée en mesurant le taux de parathormone (PTH).

Pourquoi la PTH ?

L'inhibition de l'expression de la PTH dans les cellules parathyroïdiennes est l'un des effets biologiques de la vitamine D et un bon marqueur, car c'est le résultat final au bout d'une longue chaîne de processus biologiques - les deux hydroxylations consécutives, le transport dans le sérum par le DBP et enfin l'activation VDR. Nous mesurons donc l'effet final à la fin de la chaîne : la réduction du taux de parathormone. C'est une façon de mesurer la résistance sans avoir à connaître la raison exacte de cette résistance. Peu importe qu'il s'agisse d'un type de mutation ou d'un autre ou qu'il y ait plusieurs raisons simultanées de résistance à la vitamine D. En mesurant le niveau de l'hormone parathyroïdienne, nous considérons l'effet biologique résultant de l'interaction de toutes les causes possibles de résistance à la vitamine D. C'est une façon d'optimiser notre travail afin d'obtenir la meilleure action biologique de la vitamine D pour chaque cas particulier, quelque soit la raison de la résistance.

Pouvez-vous nous expliquer comment fonctionne ce réglage ?

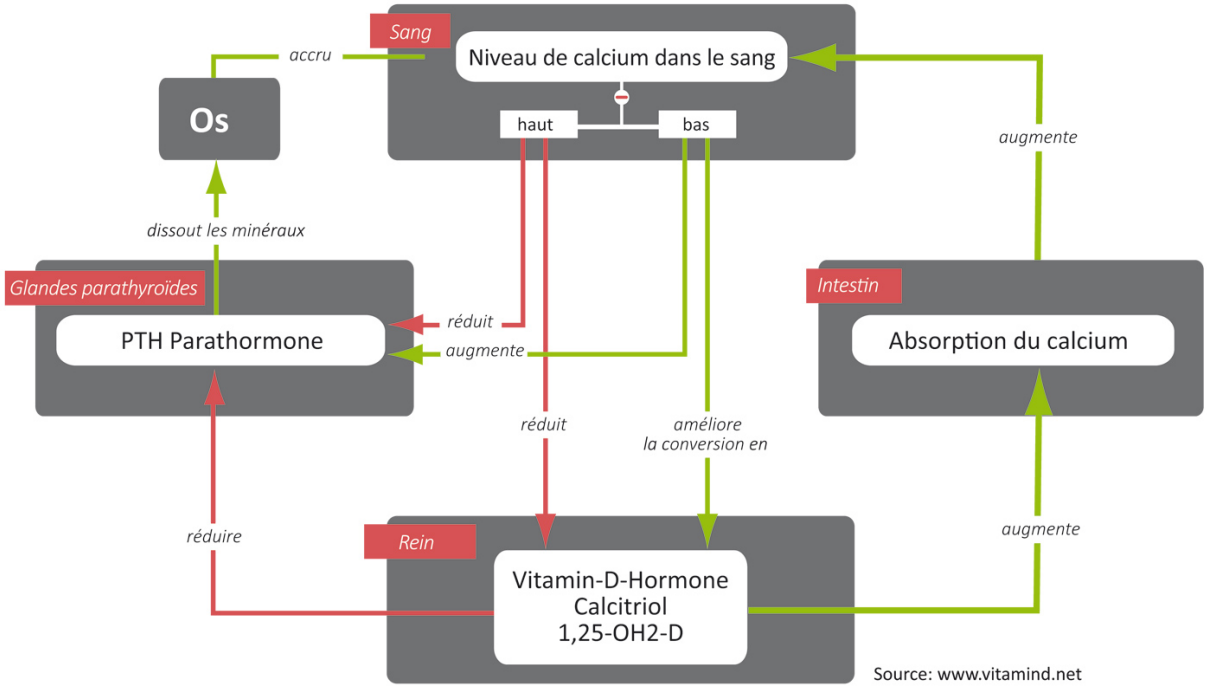
Lorsqu'on administre de la vitamine D, la vitamine D inhibe la production de la parathormone. Si je mesure le taux de parathormone avant d'administrer de la vitamine D et après deux mois d'une dose quotidienne constante de vitamine D, je peux utiliser la baisse du niveau de PTH comme indicateur de la réponse biologique à la vitamine D. C'est exactement le paramètre que nous utilisons pour chaque cas individuel pour ajuster la dose de vitamine D. Après un premier test, nous administrons une dose journalière qui doit être prise pendant deux à trois mois, puis nous mesurons la valeur de l'inhibition de la PTH, ce qui permet d'adapter la dose quotidienne.

L'objectif est d'atteindre un taux sérique de PTH proche de la limite inférieure de la valeur normale. Nous évitons la suppression complète de la PTH pour ne pas arriver à des doses

potentiellement toxiques de vitamine D. On ne peut pas supprimer complètement la PTH car le patient risquerait de développer une hypercalcémie avec des lésions rénales. La PTH est donc aussi un paramètre de sécurité pour nous. Si je ne supprime pas la PTH, je peux être sûr de ne pas administrer des doses toxiques de vitamine D. Je peux équilibrer la dose en fonction de la résistance biologique spécifique à l'effet de la vitamine D que l'individu présente pour des raisons génétiques.

Les calculs rénaux - composés d'oxalate de calcium - peuvent encore survenir chez certains patients. Ils peuvent toujours se produire en cas de tendance à une production excessive d'oxalate - indépendamment du traitement à la vitamine D.

Cependant, nous n'avons pas observé d'hypercalcémie ou d'hyper-calciurie jusqu'à présent. C'est l'une des raisons pour lesquelles un apport quotidien d'eau moins 2,5 litres de liquide est si important pendant la durée du protocole.



Mais la PTH est régulée de façon stricte par des circuits hormonaux et dépend surtout du taux de calcium. Et à cause de cette régulation, il n'y a pas de relation directe entre le niveau de 25-OH-D et celui de 1.25-D. N'est-il pas un peu trop facile d'utiliser cela comme seul paramètre ?

Le niveau de la baisse de PTH en réponse à une dose initiale de vitamine D ne peut en effet être utilisé de manière fiable pour déterminer la résistance individuelle aux effets biologiques de la vitamine D que si toutes les autres variables qui affectent de manière significative les niveaux de PTH sont sous contrôle. Comme vous le soulignez à juste titre, le niveau de calcium - et non celui de vitamine D - est le facteur le plus important pour la synthèse de la PTH. Tout simplement parce que la fonction première de la PTH est de régulerer les niveaux de calcium. Par conséquent, une modification du niveau de calcium peut masquer ou renforcer l'effet inhibiteur de la vitamine D sur la synthèse de la PTH. Cela rendrait impossible l'utilisation des changements de la PTH pour adapter la dose de vitamine

D à une résistance donnée. C'est la raison pour laquelle les patients recevant des doses élevées de vitamine D doivent suivre le régime alimentaire recommandé.

Un régime à très faible apport en calcium ?

Oui, mais ici aussi, une certaine mesure est nécessaire. Si le patient exagère et suit un régime avec trop peu de calcium, le niveau de calcium dans son sang se rapprochera de la limite inférieure de la plage normale, en dépit de la teneur élevée en vitamine D. En conséquence, la PTH augmente malgré l'effet inhibiteur de la vitamine D. La vitamine D ne peut alors pas être ajustée correctement parce que les niveaux de PTH restent élevés en dépit de la vitamine D.

En revanche, les patients qui ne suivent pas le régime alimentaire recommandé et consomment de grandes quantités d'aliments contenant beaucoup de calcium biologiquement disponible faussent également le processus. Parce que lorsque le niveau de calcium se rapproche de la limite supérieure de la valeur de référence en raison de l'augmentation de son absorption par l'intestin, le taux de PTH baisse, de sorte que la vitamine D n'est plus le principal inhibiteur de la PTH. Dans de telles circonstances, la PTH serait faible et indiquerait faussement qu'une dose de vitamine D suffisante pour supprimer l'activité de la maladie aurait été atteinte.

Jusqu'à quel point les doses de vitamine D nécessaires peuvent-elles varier?

Elles sont très variables d'un patient à un autre. Les doses varient entre 30 000 et 100 000 UI ,voire plus par jour. Nous commençons habituellement par 1000 UI par kilogramme de poids corporel, puis nous ajustons la dose de façon précise en fonction des résultats de laboratoire.

Ces doses sont considérées comme toxiques en médecine conventionnelle.....

Elles seraient en effet toxiques pour les personnes qui ont une réaction normale à la vitamine D, mais pas pour celles présentant une résistance à la vitamine D. Il est également important de comprendre que l'utilisation thérapeutique de la vitamine D est tout à fait différente de celle pour la prévention d'une carence en général !

L'utilisation thérapeutique de la vitamine D nécessite toujours l'accompagnement et la surveillance par un médecin ayant reçu une formation spécifique, capable d'analyser chaque cas individuellement et de déterminer la dose adaptée. Le non-respect de cette consigne peut entraîner de graves dommages pour la santé.

Les personnes qui suivent notre protocole doivent suivre un régime à faible teneur en calcium, avec l'élimination complète des produits laitiers. Elles doivent boire au moins 2,5 litres d'eau par jour. Les taux de calcium dans l'urine et dans le sang doivent également être surveillés de près. Ce sont des mesures pour la protection des reins. En dehors de cela, nos patients devraient pratiquer de l'exercice physique quotidiennement et faire pratiquer régulièrement des ostéodensitométries pour s'assurer de la bonne santé de leurs os.

A quel intervalle la vitamine D doit-elle être administrée dans ce contexte ? Quotidiennement, toutes les semaines, une fois par mois ou une fois par an ?

Nous sommes partis de l'hypothèse que la lumière du jour est la source naturelle d'approvisionnement en vitamine D pour les êtres humains. C'est une bonne règle qu'on devrait suivre en thérapie. Puisque nous administrons de la vitamine D à des patients dont le métabolisme de la vitamine D est altéré, nous avons essayé dès le début d'exclure tous les facteurs qui pourraient en minimiser les bienfaits.
Ainsi, l'administration quotidienne de vitamine D nous a semblé être une bonne décision, car ainsi la variation de sa concentration dans sang est faible, ce qui peut produire un effet plus stable. Au vu des connaissances actuelles sur la dynamique du métabolisme de la vitamine D3, nous sommes convaincus qu'une dose mensuelle ou annuelle serait totalement inadaptée pour contrôler l'activité des maladies auto-immunes.

Utilisez-vous des huiles ou des capsules ?

La vitamine D est liposoluble. Elle est donc mieux absorbée et devrait avoir un meilleur effet lorsqu'elle est mélangée à un support lipidique, c'est-à-dire des gélules souples ou des huiles.

L'effet du protocole de Coimbra sur les maladies auto-immunes

Jusqu'à présent, vous avez principalement traité des patients atteints de sclérose en plaques. Quel est le taux de réussite du protocole pour la sclérose en plaques ?

Chez environ 95 % des patients atteints de sclérose en plaques, la maladie demeure en rémission permanente avec notre protocole. Tant que les patients reçoivent les doses élevées de vitamine D, la maladie reste inactive sans aucun signe de nouvelles lésions - ni cliniques ni décelables à l'imagerie. Environ 5 % des patients obtiennent un résultat partiel, ce qui signifie qu'ils montrent des améliorations mais ne parviennent pas à une rémission complète de la maladie. Nous étudions les raisons pour lesquelles ces 5% n'atteignent pas la rémission complète de la sclérose en plaques. Jusqu'à présent, nous voyons cinq facteurs principaux : Le plus important est un niveau élevé de stress. Le stress émotionnel peut sérieusement affecter le résultat de ce traitement. Les autres éléments qui influent sur le succès de la thérapie sont le tabagisme, la consommation fréquente de boissons alcoolisées, l'habitude de prendre des bains chauds et les infections récurrentes, en générales celles des voies urinaires.

Cependant, cela n'est pas spécifiquement lié à la vitamine D, car ces facteurs peuvent accélérer le développement de la SEP, même chez les patients qui suivent un traitement traditionnel.

Combien de patients avez-vous traité avec votre protocole jusqu'à présent ?

Personnellement, j'ai déjà traité plus de 1600 patients atteints de sclérose en plaques et un nombre similaire de patients atteints d'autres maladies auto-immunes. Depuis 2013, cinq autres médecins travaillent avec moi dans notre cabinet et ont traité un nombre encore plus important de patients atteints de maladies auto-immunes. A présent, il y a des médecins dans le monde entier que j'ai formés et qui appliquent notre protocole, de sorte à ce que le nombre total de patients doit être de plusieurs milliers. L'un d'entre eux, un médecin portugais que j'ai formé il y a tout juste un an (en 2015), m'a récemment dit que l'année

dernière, sa clinique a traité plus de 400 patients venant de plusieurs pays européens et d'Afrique.

Cela fait beaucoup d' expérience ! Vous traitez aussi beaucoup d'autres maladies auto-immunes comme le psoriasis, le vitiligo, la maladie de Crohn... Les résultats du traitement sont-ils aussi positifs pour toutes ces maladies ?

Notre protocole constitue une thérapie très efficace pour toutes les maladies auto-immunes que nous avons traitées jusqu'à présent. Pour toutes ces maladies, nous avons obtenu une rémission avec ce même protocole.

L'utilisation de la vitamine D dans le traitement des maladies auto-immunes ne vise pas une maladie particulière, mais à réguler le système immunitaire. Sous l'action de la vitamine D, le système immunitaire augmente le nombre de "lymphocytes T régulateurs" qui contrôlent la réponse immunitaire. En même temps, la réponse anormale de la Th17 – responsable du mécanisme des maladies auto-immunes en général - est inhibée de manière ciblée par la vitamine D. Ces deux choses sont extrêmement importantes pour juguler n'importe quelle maladie auto-immune.

Ainsi, les maladies auto-immunes telles que l'inflammation intestinale chronique, la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse sont tous des cas que nous avons traités et qui ont réagi de façon très satisfaisante. Le patient reste à l'abri de toute manifestation et de tout symptôme de la maladie et mène une vie normale. Il en va de même pour le psoriasis et le vitiligo - ici aussi, nous avons un taux de réussite de 95%, visible à la disparition complète des symptômes.

Pour les troubles neurologiques, c'est un peu différent. Nous avons traité avec succès des névrites optiques isolées, le syndrome de Guillain-Barré (SGB), la poly neuropathie auto-immune et la myasthénie sévère, et dans 95% de ces cas, nous avons réussi à supprimer complètement l'activité auto-immune. Mais malheureusement, cela ne signifie pas que les dommages anciens, causés par le dysfonctionnement du système immunitaire et installés depuis longtemps de façon permanente disparaîtront automatiquement.
Une paraplégie qui existe depuis des années chez un patient atteint de sclérose en plaques ou une déformation articulaire de longue date chez un patient atteint de polyarthrite rhumatoïde ne peuvent malheureusement plus être inversées.

Tous les autres symptômes dus à l'activité de la maladie tels que l'inflammation, la fatigue chronique, la douleur, l'enflure, la rougeur, la chaleur locale, ainsi que la plupart des handicaps récemment acquis peuvent être éliminés. En règle générale, tout dommage survenu jusqu'à un an avant le début du traitement peut être réparé presque entièrement avec de fortes doses de vitamine D.

Comment évaluez-vous vos résultats ? Pensez-vous que les maladies auto-immunes peuvent être "guéries" ou s'agit-il l seulement de les maintenir en rémission permanente ?

Nous n'avons pas encore de réponse à cette question. Nous ne parlons pas de "guérison". Au lieu de cela, nous avons optimisé notre protocole pour obtenir une rémission complète chez le plus grand nombre de patients sans effets secondaires. Hypothétiquement parlant, le système immunitaire de certains patients pourrait "oublier" à un moment donné après plusieurs années sans rechutes qu'il a déjà effectué des agressions auto-immunes. Bien

qu’une telle hypothèse puisse s'avérer exacte pour certains patients, plusieurs facteurs peuvent influencer la durée nécessaire du traitement, y compris la durée de l'activité de la maladie avant la mise en place d'une thérapie à fortes doses de vitamine D et avant l'atteinte d’un état émotionnel stable.

Nous ne pouvons exclure la possibilité qu'un grand nombre de patients - peut-être la plupart d'entre eux -devront prendre de fortes doses de vitamine D pour une durée indéterminée à fin de maintenir leur maladie en rémission permanente. Nous espérons être en mesure de développer des critères cliniques et de laboratoire pour la sélection des candidats pour lesquels une réduction de la dose quotidienne de vitamine D serait possible.
Pour le moment, nous sommes très heureux d'avoir réussi à obtenir une rémission complète de la maladie et une régression des symptômes les plus récents chez la grande majorité de nos patients. C'est déjà une grande récompense en soi. Les patients ont retrouvé leur vie d’avant. La rémission complète est un grand succès compte tenu de la gravité de ces maladies.

Nous sommes en mesure de prouver pour les patients atteints de sclérose en plaques par plusieurs IRM annuelles que grâce à notre protocole, les lésions les plus récentes disparaissent et qu'aucune nouvelle lésion ne peut être détectée.
Si le patient n'a pas de handicap permanent datant de l’époque avant le traitement, il retourne à une vie tout à fait normale. Cependant, la dose de vitamine D doit être maintenue et nous recommandons un examen de contrôle au bout de deux ans, puis un autre deux à cinq ans plus tard . Nous ne savons pas encore pendant combien de temps le patient doit prendre les doses élevées de vitamine D. Pour le moment le traitement est prévu pour une durée indéterminée.

Outre la vitamine D, vous prescrivez deux cofacteurs : le magnésium et la vitamine B2, pouvez-vous expliquer pourquoi cela est nécessaire ?

Toutes les enzymes qui convertissent et activent la vitamine D dépendent du magnésium. Comme une carence en magnésium est difficile à diagnostiquer, nous prescrivons à tous nos patients 100 mg de magnésium élémentaire quatre fois par jour de façon préventive.

Les hydroxylases dépendent également de la vitamine B2, non pas directement, mais indirectement, parce que les enzymes s'oxydent dans la phase d'hydroxylation de la vitamine D. Avant de pouvoir transformer une autre molécule, l'enzyme doit être diminuée dans un processus chimique appelé réduction. Et ce processus de réduction nécessite la présence de vitamine B2.
10-15% de la population mondiale ne peut pas assimiler la vitamine B2 en raison d'une modification génétique. Cela peut contribuer à la résistance à la vitamine D parce que les hydroxylases ne fonctionnent pas bien en l'absence d'une quantité suffisante de vitamine B2.
Nous administrons de fortes doses de riboflavine (50 mg 4 fois par jour) pour compenser ce manque d'absorption et pour optimiser l'hydroxylation de la vitamine D.

Et qu'en est-il de la vitamine K2 ?

Aussi bien une carence en vitamine D qu’un taux très élevé de vitamine D entraînent une diminution de la densité osseuse. Dans le cas d'une carence en vitamine D, celle-ci est due au manque de calcium qui en résulte. Dans le cas d’un niveau élevé de vitamine D elle vient

de la stimulation des ostéoclastes, qui dissolvent les minéraux des os. Nous avons d'abord essayé de compenser cette perte osseuse par l'administration de vitamine K2, mais elle s'est avérée inefficace avec ces doses-là de vitamine D.
Aujourd'hui, nous recommandons l'exercice physique quotidien comme mesure de protection des os. Aux personnes qui sont incapables d'en faire en raison de leur maladie, nous prescrivons des biophosphonates.
Jusqu'à présent, nous n'avons constaté aucun effet secondaire, mais nous sommes toujours à la recherche d'une alternative naturelle aux biophosphonates.

Il n'y a actuellement aucun médecin en France qui proposerait une thérapie selon votre protocole. Mais il y a des milliers de patients qui ont un besoin urgent d'aide. Des instructions détaillées pour l'application du protocole sont maintenant publiées en ligne par le biais de cet entretien. Que pensez-vous du fait que certaines personnes vont éventuellement commencer le protocole par leurs propres moyens ?

Une surveillance régulière des paramètres de laboratoire tels que les taux sériques de PTH, de créatinine et calcium ainsi les taux de calcium dans les urines sont nécessaires pour adapter les doses quotidiennes de vitamine D. Des scintigraphies régulières sont également nécessaires à fin de prévenir un éventuel effet néfaste de la vitamine D sur le métabolisme osseux. En général, les gens ne sont pas en mesure de faire pratiquer ces tests de laboratoire par leurs propres moyens, ni d'en analyser les résultats correctement. C'est pour cela que nous ne recommandons pas de faire le protocole seul.

Une liste des médecins formés au protocole qui exercent en Europe est maintenant disponible sur Internet:

https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1fATZJUEhOsYYJdBY41h48FBkLaQ&hl=en_US&ll=14.97412911754717%2C-42.780705499999954&z=2

J'espère que notre entretien suscitera de l'intérêt !
Nous offrons à tous les médecins susceptibles de venir dans notre cabinet à Sao Paulo pour cinq jours une formation gratuite au protocole. Seuls les frais de voyage et d'hébergement sont à leur charge.

Contact : ccc.secretaria@gmail.com

La pratique du protocole et les études cliniques

À l'heure actuelle, de nombreux médecins sont peut- être sceptiques parce qu'aucune étude randomisée, à double aveugle n'a été menée concernant votre protocole. Pourquoi est-ce ainsi ?

Un problème essentiel des études randomisées pour notre protocole est que l'efficacité thérapeutique de notre protocole ne peut être testée de cette façon. Les études exigent que la même dose quotidienne de vitamine D soit administrée à chaque participant, et les médecins qui administrent les substances ne doivent pas savoir si les patients reçoivent un placebo ou la substance active.

Dans notre protocole, le médecin en charge du patient doit évaluer la dose quotidienne de vitamine D de façon individuelle selon les résultats de laboratoire.
Les doses quotidiennes sont donc variables, chacune étant adaptée aux besoins du patient concerné afin de compenser son niveau individuel de résistance à la vitamine D. Ainsi, les médecins ne peuvent pas administrer les mêmes doses «à l'aveugle» à tous les patients. Cependant, il y a eu au moins une étude randomisée où des chercheurs finlandais ont administré 20 000 UI de vitamine D par semaine à des patients atteints de sclérose en plaques. Cela fait hélas moins de 3 000 UI par jour - beaucoup moins que la dose minimale de 7000 UI par jour nécessaire pour corriger une carence ou une insuffisance en vitamine D chez les personnes en bonne santé.

Néanmoins, après un an de traitement, les chercheurs ont constaté une réduction du nombre de lésions actives à l'IRM par rapport au groupe placebo. (1)

On peut aussi se poser la question si les études randomisées sont appropriées pour les nutriments....

Cette question est très importante car les médecins ne peuvent pas randomiser les maladies métaboliques. Nous sommes obligés de les soigner. Si une personne a reçu un diagnostic de troubles métaboliques par un laboratoire, par exemple une hypothyroïdie, un manque d'hormones thyroïdiennes, qui est potentiellement fatale et cause de graves dommages s'il n'est pas corrigé , je dois traiter cela.

Un autre exemple est le diabète de type 1 chez les enfants qui sont incapables de produire de l'insuline. Les médecins sont obligés de corriger ce déficit et doivent administrer de l'insuline. Dans de telles circonstances - si le patient a un problème métabolique, une carence ou une résistance héréditaire à une hormone ou à une vitamine - le médecin a l'obligation éthique d'intervenir et de corriger cela.

Mais lorsqu' on parle d'études randomisées à double aveugle, cela signifie qu'il y a un groupe de patients qui sont traités avec des doses élevées de vitamine D par exemple, et un groupe qui reçoit un placebo et que ni les médecins ni les participants de l'étude ne savent qui reçoit la vitamine D et qui reçoit le placebo.

Vous ne pourriez pas non plus faire ce genre d'étude sur les enfants diabétiques. Il n'y a jamais eu d'études randomisées à double aveugle qui auraient prouvé que l'insuline convient aux enfants diabétiques!

Elles n'ont jamais été réalisées et ils ne le seront jamais. Il en va de même pour les personnes atteintes d'hyperthyroïdie, car nous sommes obligés de leur donner un traitement. Il n'y aura jamais d'étude randomisée à double aveugle où un groupe reçoit des hormones thyroïdiennes et l'autre reçoit un placebo. Une carence en vitamine B12 peut causer une maladie neurologique dévastatrice, détruisant la moelle épinière, donc vous ne pouvez pas laisser quelqu'un avec une carence en vitamine B12 non corrigée parce que ce serait de la négligence. Vous ne pouvez pas laisser des personnes avec des déficits traitables sans traitement. Si je faisais une étude randomisée à double aveugle, je manquerais à mon devoir envers 50 % de mes patients.

Le groupe placebo serait victime d'une faute médicale.

Donc vous pensez que les études randomisées seraient contraires à l'éthique dans ce cas ?

Oui, et c'est un concept très important. Aujourd'hui, dans la communauté médicale il est enseigné que tous les résultats publiés dans la littérature sont négligeables s'ils ne sont pas le résultat d'une étude randomisée à double aveugle. C'est une grosse erreur. Surtout pour les nutriments et les hormones.

C'est pourquoi nous n'avons pas d'études randomisées à double aveugle pour notre protocole et nous ne permettrons jamais à un de nos patients d'y participer parce que cela irait à l'encontre des deux grands principes médicaux qui sont enseignés dans toutes les écoles de médecine occidentale à travers le monde. Le premier principe est de ne pas détériorer l'état du patient, de ne pas agir de telle sorte que l'état clinique se détériore. Et le deuxième principe est que le patient doit recevoir le meilleur traitement connu disponible. Donc, si je ne traite pas un patient avec une carence en vitamine D ou si je ne compense pas sa résistance à la vitamine D - sachant que la vitamine D est un grand immuno modulateur, probablement la substance immuno modulatrice la plus puissant de la nature - je manque à mon devoir de médecin. Par conséquent, je ne mènerai jamais une étude randomisée à double aveugle avec de la vitamine D contre placebo avec des personnes atteintes d'une maladie auto-immune. Pourquoi ? Parce que je ne ferais pas cela à ma fille, ni à ma femme, et c'est pour cela que je ne le ferai pas à mes patients!

Chaque fois qu'il y a une relation de cause à effet (comme une carence en vitamine D ou une résistance causant des maladies auto-immunes), la cause doit être éliminée ou l'activité de la maladie serait maintenue.

Ne tenez vous pas à apporter des preuves de l'efficacité de votre méthode à fin d'en convaincre un plus grand nombre de personnes ?

Nous avons documenté des milliers de cas qui prouvent l'efficacité de notre méthode. Nous avons commencé à utiliser la vitamine D pour le bien des patients atteints de maladies auto-immunes. Notre but n'était pas de faire de la recherche, ni de convaincre qui que ce soit, mais simplement d'appliquer le deuxième principe de la pratique médicale : aider le patient d'une manière optimale. À savoir, si le patient a une déficience d'un régulateur immunitaire puissant, connu et décrit, nous devons corriger cette déficience. S'il a une résistance, nous devons augmenter la dose pour compenser cette résistance.

Vous avez un nombre incroyable de cas documentés, pourquoi n'ont-ils pas été publiés ?

Nous avons recueilli beaucoup de données et nous avons acquis de l'expérience dans l'évaluation de la dose de vitamine D pour ces patients. Cependant, jusqu'à présent, nous n'avons été autorisés à publier que des données sur le vitiligo et le psoriasis, car ce sont les seules maladies pour lesquelles nous avons reçu une approbation de recherche du comité d'éthique médicale de l'UNIFESP (notre université). (2)

Nous aurions aimé publier des données pour d'autres maladies, mais malheureusement nous n'en avons pas reçu l'autorisation - pour des raisons que nous ne comprenons pas encore. Comment peut-il être contraire à l'éthique de tester un traitement qui a des effets aussi positifs? Nous ne pouvions pas non plus comprendre comment la condition éthique de

la correction d'une carence nutritionnelle chez un patient ne pouvait pas être remplie. Je n'arrive pas à comprendre cela, mais la réponse a été négative pour de nombreuses maladies.
Mais même si nous n'étions pas autorisés à faire de la recherche de façon officielle, cela ne nous a pas empêché de continuer à traiter nos patients selon leurs intérêts, et nous avons acquis beaucoup d'expérience et avons documenté des milliers de cas. Nous demanderons au Comité d'éthique la permission d'évaluer ces cas au moins rétrospectivement. Cela ne sera alors pas considéré comme de la recherche.

Pouvez-vous expliquer à nos lecteurs pourquoi l'approbation du Comité d'éthique est si importante ?

Parce qu'on a besoin de cette autorisation pour les publications scientifiques. Si nous voulons soumettre une publication sur le traitement de 2500 patients avec des doses élevées de vitamine D à une revue scientifique, la revue nous demandera l'approbation du comité d'éthique - ils ne publieront rien sans cette approbation. Nous devons alors demander au Comité d'éthique d'approuver au moins une évaluation rétrospective des dossiers médicaux de ces patients. Avec l'approbation d'une révision rétrospective des dossiers médicaux, nous pourrions envoyer un article à une revue médicale. Espérons que nous n'aurons pas ce genre de problèmes cette fois-ci.

D'une part, c'est compréhensible pour éviter les recherches contraires à l'éthique - dans ce cas précis, cela semble incroyable.

Vous devez également tenir compte du fait que la sclérose en plaques représente un marché de milliards de dollars. Le marché des traitements contre la sclérose en plaques devrait représenter environ 17 milliards de dollars d'ici 2017 et 25 milliards de dollars d'ici 2024 - et ce n'est qu'une seule maladie auto-immune ! La vitamine D, par contre, est extrêmement bon marché et ne peut pas être brevetée.
Actuellement, l'industrie pharmaceutique est déjà en train de tester discrètement des dizaines de milliers de substances analogues à la vitamine D, chimiquement modifiées et donc brevetables, sous prétexte de développer un médicament qui n'entraînerait pas les effets indésirables des doses élevées de vitamine D comme l'hypercalcémie.
En vérité, on pourrait simplement utiliser de fortes doses de vitamine D, également sans effets secondaires, en contrôlant la quantité de calcium dans l'organisme par le régime alimentaire, un niveau d'hydratation élevé et la surveillance du taux de PTH.

Diriez-vous que la divulgation de ces connaissances est freinée de façon délibérée ?

En raison des sommes importantes qui sont en jeu dans la commercialisation des médicaments, la diffusion de connaissances au sein de la communauté médicale est l'un des systèmes les plus strictement contrôlés de notre époque.
Il y a un très bon article sur ce sujet intitulé «Key opinion leaders : independent experts or drug representatives in disguise ?» Il a été publié dans le British Medical Journal (BMJ) en 2008. (3) Il est également intéressant de lire toutes les lettres que le rédacteur en chef a reçues au sujet de cet article de nombreux médecins.
Je recommande également l'entrevue vidéo avec Kimberly Elliot, qui a travaillé pour une compagnie pharmaceutique pendant de nombreuses années.

La recherche est donc tout sauf indépendante ?

L'un des outils les plus couramment utilisés pour contrôler les connaissances médicales est la propagation constante de l'idée fausse selon laquelle seuls les études randomisées en double aveugle (en particulier les études multicentriques) devraient être considérées comme une "médecine fondée sur des données probantes ". Surtout lorsqu'il s'agit de décider de la meilleure façon de traiter les patients.
Il est intéressant de noter que la plupart - sinon la totalité - de ces études randomisées en double aveugle multicentriques ne peuvent être réalisées que si elles sont financées par les laboratoires pharmaceutiques. Mais ce concept est fondamentalement erroné. Une étude ouverte, dans laquelle les chercheurs et les participants savent quel traitement est administré, est tout aussi valable si elle met en évidence une nette différence entre les résultats d'un "traitement versus absence de traitement" ou d'un "nouveau traitement versus traitement conventionnel".

Heureusement, le sujet est en cours de discussion.

Oui, le sujet est abordé depuis un certain temps, par exemple par Paul Glasziou et ses collègues de l'Université d'Oxford dans leur article intitulé "Quand les essais randomisés sont-ils inutiles ? Picking signal from noise", publié dans le BMJ en 2007. (4) Les auteurs ont fourni une liste d'exemples de thérapies qui ont été introduites dans la pratique médicale sans études randomisées - précisément en raison de la différence remarquable qui a pu être observée pour ces thérapies.
Par exemple, l'insuline dans le diabète et les sulfanilimides pour la septicémie puerpérale.

En fait, c'est l'inverse : lorsque la différence est flagrante, les études randomisées deviennent contraires à l'éthique !

Une autre fausse idée est que si la valeur thérapeutique d'une substance est confirmée par des études randomisées de plusieurs groupes de recherche indépendants, elle sera automatiquement autorisée dans la pratique clinique. En fait, ce ne sera probablement pas le cas si l'agent thérapeutique est trop bon marché et a le potentiel d'évincer des médicaments coûteux du marché. Un exemple est l'utilisation de fortes doses de riboflavine (vitamine B2) pour la prophylaxie de la migraine : efficace, rentable et sans effets secondaires. Pourtant, elle n'a presque jamais été promulguée.

Une dernière question. Les doses thérapeutiques que vous administrez sont très élevées. Mais quelles sont les doses que vous recommandez pour la prévention chez les personnes en bonne santé ?

Pour les personnes en bonne santé, nous ne recommandons pas de fortes doses de vitamine D, mais seulement des doses normales allant jusqu'à 10 000 UI par jour. Il s'agit d'une dose totalement sûre parce que vous pouvez facilement obtenir cette quantité par l'exposition au soleil. Les enfants peuvent recevoir jusqu'à 200 UI par kilogramme de poids corporel par jour.

Merci pour cet entretien passionnant !

Source :

www.vitamind.net/interviews/coimbra-ms-autoimmun/

Auteur :

David Rotter

Informations supplémentaires :

https://www.protocole-coimbra.info/

Études mentionnées

Soilu-Hänninen M, Aivo J, Lindström BM, Elovaara I, Sumelahti ML, Färkkilä M, Tienari P, Atula S, Sarasoja T, Herrala L, Keskinarkaus I, Kruger J, Kallio T, Rocca MA, Filippi M. A randomised, double blind, placebo controlled trial with vitamin D3 as an add on treatment to interferon ß-1b in patients with multiple sclerosis. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2012 May;83(5):565-71.

Finamor, D. C., Sinigaglia-Coimbra, R., Neves, L. C., Gutierrez, M., Silva, J. J., Torres, L. D., … & Lopes, A. C. (2013). A pilot study assessing the effect of prolonged administration of high daily doses of vitamin D on the clinical course of vitiligo and psoriasis. Dermato-endocrinology, 5(1), 222-234.

Moynihan, R. (2008). Key opinion leaders: independent experts or drug representatives in disguise?| NOVA. The University of Newcastle's Digital Repository.

Glasziou, P., Chalmers, I., Rawlins, M., & McCulloch, P. (2007). When are randomised trials unnecessary? Picking signal from noise. BMJ: British Medical Journal, 334(7589), 349