



Dr Georges MOUTON MD

Functional Medicine

TWEET GM #41

18/01/2019

Titre

Créé le

LE BON CALCIUM, LE MAUVAIS CALCIUM ET LE VILAIN CALCIUM

Nous venons tous juste de poster la [citation #41](#) que vous lirez, espérons-le !

Cet article a été publié fin novembre 2018 par *Clinical Interventions in Aging*. J'ai décidé d'intervenir sur ce sujet primordial après m'être fait réprimander par un patient de sexe masculin à qui on a donné 1.000 mcg de calcium élément (sous forme de carbonate de calcium) pour lutter contre l'ostéoporose.

En premier lieu, je trouve cette dose de calcium assez effrayante, car je n'atteins jamais de telles quantités de calcium dans mes traitements, et de loin.

En second lieu, je n'aime vraiment pas le sel de carbonate de calcium pour un certain nombre de raisons et j'apprécie d'ailleurs beaucoup l'article mentionné qui partage mes préoccupations. Je vous renvoie à l'article complet qui est téléchargeable gratuitement.

Par conséquent, je n'ai pas accepté d'inclure autant de calcium que réclamé, en plus du fait que j'ai opté pour du calcium sous forme de malate et de pidolate, car tous deux sont hautement disponibles. Il m'arrive également de prescrire l'orotate de calcium.

Le citrate de calcium ne me déplaît pas, car il est facile à trouver en pharmacie, mais un certain nombre de patients réagissent au citrate et cela semble dépendre de son origine.

L'algorithme que je suis reflète mon attitude générale envers une supplémentation en nutriments. Je teste le calcium ionisé dans le sang, car il reflète la concentration intracellulaire, ainsi que le calcium dans les urines de 24 heures, car j'essaie toujours d'avoir un double contrôle pour les paramètres importants comme le calcium.

De plus, dans ce cas, nous examinons deux compartiments différents, intracellulaire et extracellulaire. L'interprétation prend aussi en compte le fait que les pertes via l'urine fournissent une vision dynamique du métabolisme calcique du patient.

Je prends également en compte le taux de vitamine D dans le sang et j'adapte sa supplémentation en conséquence, tout en tenant compte de la saison (davantage en hiver et nettement moins en été). J'essaie même d'étudier, si possible, le récepteur à la vitamine D (VDR) car un génotype variant augmente les besoins en vitamine D. Ceci résulte d'une moins bonne transmission du signal véhiculé par l'attachement de la vitamine D à son récepteur spécifique VDR en cas de génotype variant.

Enfin, les plaintes du patient ainsi que les objectifs cliniques jouent un rôle considérable dans la quantité de calcium jugée adéquate. Raisonnement complexe, je suis d'accord et l'article en texte intégral décrit bien le défi (lisez-le !).

Quoi qu'il en soit vous aurez compris que je suis fermement opposé à une supplémentation en calcium qui serait systématique, massive et aveugle, que ce soit pour les femmes ménopausées ou pour n'importe qui.

Aide à la traduction : www.medicatrix.be et Christel Heintz