

COMMENT REMÉDIER À CETTE PANDÉMIE EN UN MOIS

Commentaire de Damien Downing, MBBS, MRSB

(OMNS 22 juin 2020) Si nous agissons sur la base des données montrant qu'il est très probable que la vitamine D puisse sauver des vies, nous pourrions régler cette pandémie en un mois, pour peut-être 2 dollars par personne. Il n'y aurait pas d'effets négatifs importants. Si nous attendons des "preuves" que la vitamine D atténue l'impact du COVID-19, des milliers d'autres personnes mourront. Si nous pouvions nous arranger pour donner de la vitamine D à tout le monde, et que cela ne les protège pas, et alors ? Le risque de ne pas agir est beaucoup plus grand que le risque d'agir. Le dosage est important et généralement mal compris.

Deux pays ont déjà pris des mesures dans ce sens : l'Égypte et la Slovaquie. Pourquoi ne pouvons-nous pas le faire ?

Depuis janvier, le *Service d'Information de la Médecine Orthomoléculaire* (OMNS) fait connaître l'importance des vitamines D et C, ainsi que des minéraux zinc et magnésium, dans cette pandémie [1]. J'écris sur la vitamine D et le soleil depuis plus de 30 ans [2], et cela n'a jamais été aussi pertinent.

Si vous avez contracté le virus COVID19 en ce moment, avoir un bon statut en vitamine D (du fait d'avoir déjà pris un complément) devrait

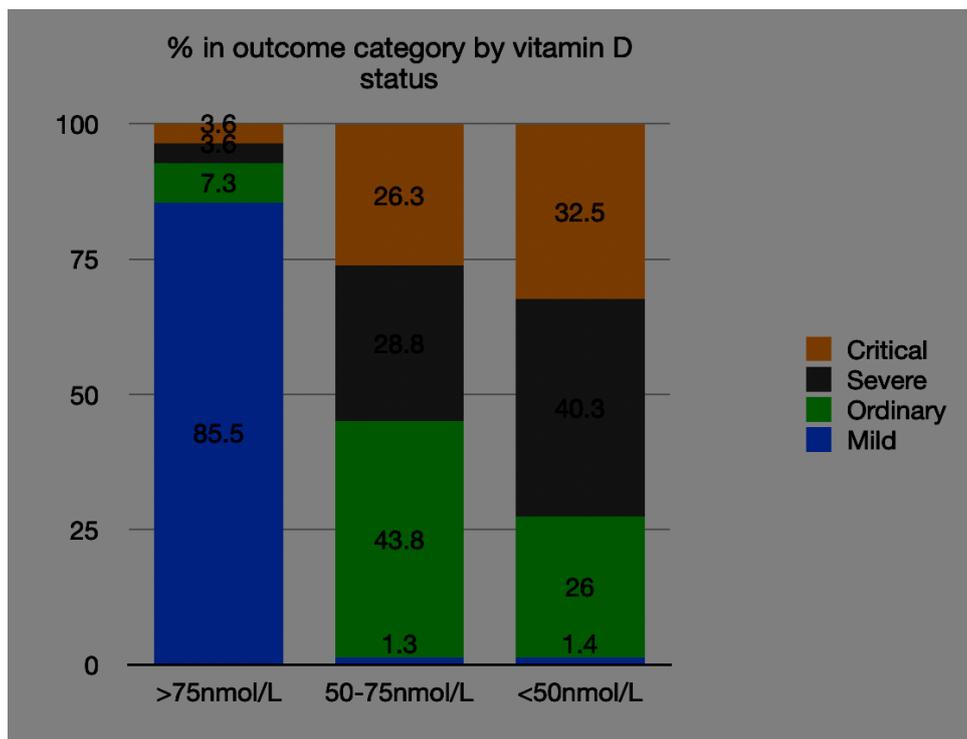
- Réduire le risque par 90 % que la maladie devienne sévère
- Réduire le risque de mourir par 96 %

Ce n'est pas "prouvé" ou "fondé sur des preuves" tant que nous n'avons pas fait des essais contrôlés le comparant à un placebo. Y a-t-il des volontaires pour cela ? Mais les données, déjà solides, affluent depuis le début de la pandémie. Voici les données pour les deux déclarations ci-dessus.

(Un rapport de risque de 4 signifie que dans une situation donnée, par exemple une carence en vitamine D, vous avez 4 fois plus de chances de souffrir du "risque" que dans une autre situation, par exemple une carence en vitamine D. Les graphiques sont tous de moi].

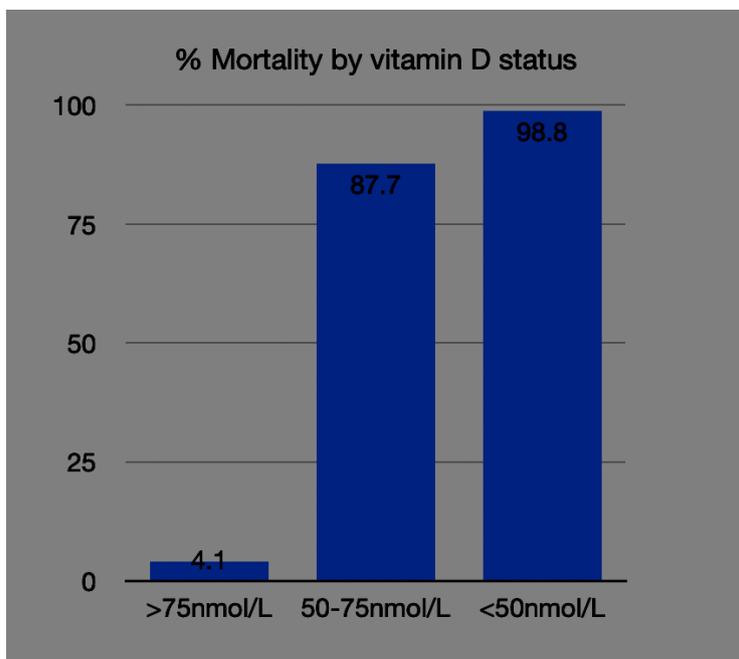
Une étude philippine [3]

En cas de carence en vitamine D (<50nmol/L), la probabilité que la COVID-19 *devienne grave* ou critique est de 72,8% contre 7,2% avec une vitaminémie D adéquate (>75nmol/L). Le rapport de risque est de 10,0.



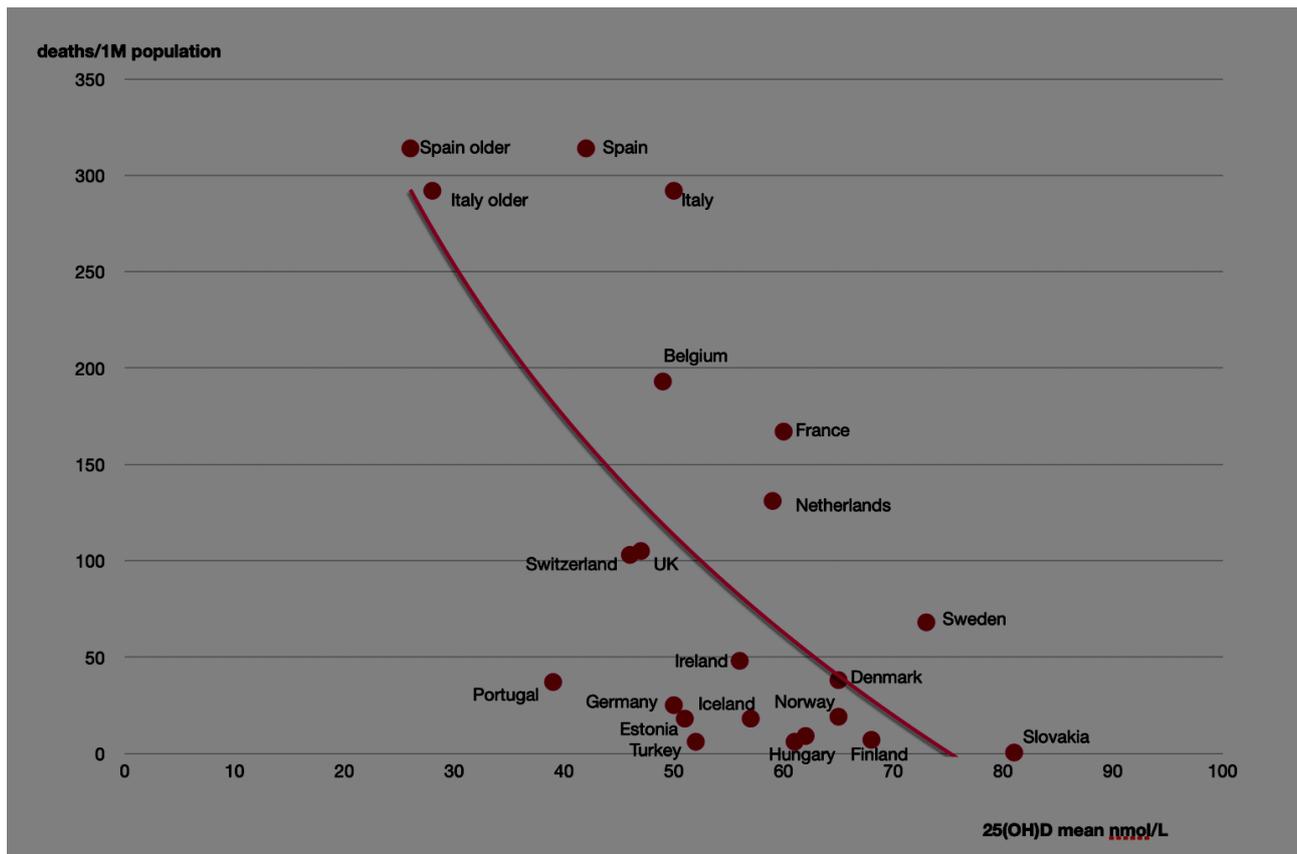
Une étude indonésienne [4]

En cas de carence en vitamine D (<50nmol/L), le *taux de mortalité* due à la COVID-19 était de 98,8% contre 4,1% en cas de normo-vitaminémie D (>75nmol/L). Le rapport de risque est de 24,1.



Une revue des données en Europe [5]

Pour les pays européens, la probabilité de développer la COVID-19 et d'en mourir [*Deaths/Mio population*] est négativement corrélée avec le statut moyen en vitamine D [*(25(OH)D mean nmol/L)*] de la population, les deux probabilités atteignant zéro au-dessus d'environ 75nmol/L. (Le graphique montre également les taux de vitamine D plus faibles chez les personnes âgées en Espagne et en Italie. On sait également que d'autres facteurs tels que l'âge, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, l'obésité et le diabète sont couramment associés à la mort dans le cadre de la COVID-19. [5-8] Par exemple, la population âgée dans les établissements de soins ne s'expose pas souvent beaucoup au soleil et ne reçoit pas de suppléments adéquats de nutriments essentiels, y compris la vitamine D, ce qui augmente le risque d'infections graves. De plus, le niveau de 25(OH)D dans les pays d'Europe du Nord comme la Suède chute à la fin de l'hiver à ~50 nmol/L ou moins, ce qui peut expliquer leur taux de mortalité relativement élevé par infection. [9]



Le Dosage est important et généralement incompris par les usagers

Des études récentes ont laissé entendre que plus de 4 000 UI de vitamine D3 par jour pourraient présenter un risque, en citant le rapport de 2016 du comité scientifique consultatif britannique sur la nutrition, qui a fixé les apports maximaux recommandés à 50 µg/2000 UI par jour. [10] Ce rapport indique que "des apports excessifs en vitamine D ont cependant montré des effets toxiques (Vieth, 2006)". [10] Cependant, cela est trompeur, comme l'indique le document de Vieth [11] : "Des rapports publiés suggèrent que la toxicité peut se produire avec des concentrations de 25(OH)D supérieures à 500 nmol/L." Cela laisse une grande marge de sécurité.

Les 3 documents mentionnés ci-dessus [3-5] montrent qu'un niveau de vitamine D3 dans le sang d'au moins 75 nmol/L (30 ng/ml) est nécessaire pour la protection contre COVID-19. Les recommandations gouvernementales en matière d'apport en vitamine D - 400 UI/jour pour le Royaume-Uni et 600 UI/jour pour les États-Unis (800 UI pour >70 ans) et l'UE - sont principalement basées sur la santé des os. **Ces recommandations sont terriblement inadéquates dans le contexte de la pandémie.** Un adulte devra prendre 4000 UI/jour de vitamine D3 pendant 3

mois pour atteindre de manière fiable un taux de 75 nmol/L [12]. Les personnes de couleur peuvent avoir besoin de deux fois plus [13]. Ces doses peuvent réduire le risque d'infection, mais ne sont pas destinées au traitement d'une infection virale aiguë. Et comme la vitamine D est liposoluble et que son taux dans l'organisme augmente lentement, pour les personnes souffrant d'une carence, la prise d'une dose initiale de 5 fois la dose normale (20 000 UI/jour) pendant 2 semaines peut aider à augmenter le taux jusqu'à un niveau adéquat pour réduire le risque d'infection.

L'aide d'autres nutriments essentiels

Comme mentionné ci-dessus, de nombreuses études ont montré que pour les personnes déficientes en nutriments essentiels, un protocole incluant la vitamine D, la vitamine C, le magnésium et le zinc peut réduire le risque d'infection par des virus, y compris ceux similaires à la COVID-19[1]. Les doses préventives recommandées pour les adultes sont la vitamine C, 3000 mg/jour (en 3 doses fractionnées, pour la tolérance intestinale), le magnésium, 400 mg (sous forme de malate, citrate ou chlorure), le zinc, 20 mg. [1]

Références

1. Saul AW. (2020) Vitamin C Protects Against Coronavirus. Orthomolecular Medicine News Service <http://orthomolecular.org/resources/omns/v16n04.shtml>
2. Downing D. (1988) Day Light Robbery. Arrow Books, London. ISBN-13: 978-0099567400
3. Alipio MM. (2020) Vitamin D supplementation could possibly improve clinical outcomes of patients infected with Coronavirus-2019 (COVID- 2019). Preprint available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3571484>
4. Raharusuna P, Priambada S, Budiarti C et al. (2020) Patterns of COVID-19 Mortality and Vitamin D: An Indonesian Study.
5. Ilie, P., Stefanescu, S., Smith, L. (2020) The role of Vitamin D in the prevention of Coronavirus Disease 2019 infection and mortality. Research Square preprint. <https://europepmc.org/article/ppr/ppr147305>
6. Lips P, Cashman K, Lamberg-Allardt C et al (2019) Current vitamin D status in European and Middle East countries and strategies to prevent vitamin D deficiency: a position statement of the European Calcified Tissue Society. Eur J Endocrinol. 180:23-54. <https://europepmc.org/article/MED/30721133>
7. Oaklander M (2020) Almost Every Hospitalized Coronavirus Patient Has Another Underlying Health Issue, According to a Study of New York Patients. Time Magazine, April 22, 2020. <https://time.com/5825485/coronavirus-risk-factors>
8. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M. (2020) Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. JAMA. 323:2052-2059. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765184>
9. Klingberg E, Oleröd G, Konar J, et al. (2015) Seasonal variations in serum 25-hydroxy vitamin D levels in a Swedish cohort. Endocrine, 49:800-808. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25681052>
10. UK Scientific Advisory Committee on Nutrition (SACN) (2016) Vitamin D and Health. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/537616/SACN_Vitamin_D_and_Health_report.pdf
11. Vieth R (2006) Critique of the considerations for establishing the tolerable upper intake level for vitamin D: critical need for revision upwards. J Nutr, 136:1117-1122. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16549491>
12. Vieth R, Chan PC, MacFarlane GD. (2001) Efficacy and safety of vitamin D(3) intake exceeding the lowest observed adverse effect level. Am J Clin Nutr, 73:288-294. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11157326>

13. Cashman KD, Ritz C, Adebayo FA, et al. (2019) Differences in the dietary requirement for vitamin D among Caucasian and East African women at Northern latitude. *Eur J Nutr.* 58:2281-2291.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30022296>