

OsteoRenov

Une réponse naturelle complète à l'ostéoporose

Selon l'OMS, «l'ostéoporose est une maladie caractérisée par une faible masse osseuse et la détérioration micro architecturale du tissu osseux, une fragilité osseuse et, par la suite, une augmentation du risque de fracture». L'ostéoporose est donc une pathologie dégénérative du tissu osseux étroitement liée au cycle de vie du squelette. Elle touche surtout les femmes et dans une moindre mesure, les hommes. Chez les femmes, la fréquence de l'ostéoporose est d'environ 10 % à 60 ans, de 20 % à 65 ans et de 40 % à 75 ans.

L'ostéoporose de type 1 ou post-ménopausique se manifeste 5 à 15 ans après la ménopause et elle est classiquement liée à l'arrêt de la fonction ovarienne. Elle entraîne une perte osseuse prédominante à l'os trabéculaire ou spongieux. Ceci n'est pas une maladie mais une évolution normale.

L'ostéoporose de type 2 entraîne une perte osseuse globale et survient chez l'homme comme chez la femme, principalement après l'âge de 70 ans.

Il faut noter qu'une mauvaise calcification au cours de l'enfance (déficit alimentaire en minéraux et pendant l'hiver, déficit en vitamines liposolubles) accentue le risque d'ostéoporose à l'âge adulte.

Le cycle de vie du squelette

On distingue trois phases principales du remodelage osseux au cours de la vie :

- La phase de croissance est celle de l'acquisition progressive du «pic de masse osseuse» vers l'âge de 18 ans ; toutefois, chez certaines personnes la croissance peut se poursuivre au-delà de 20 ans. A noter que le pic de densité osseuse est plus élevé chez la femme que chez l'homme.
- La phase d'équilibre, jusqu'à 30-35 ans environ, où la synthèse osseuse est en équilibre avec la résorption osseuse.
- La phase de dégénérescence, au cours de laquelle la masse osseuse diminue lentement chez les hommes ; par contre, chez les femmes, en raison de la diminution des œstrogènes, la masse osseuse baisse brutalement les premières années de la ménopause puis, diminue plus lentement, si bien qu'à 80 ans, elles ont perdu environ 40 % de leur pic de masse osseuse, alors que chez les hommes cette perte est d'environ 25 %.

En cas d'ostéoporose, les cellules qui fabriquent la matrice osseuse (les

ostéoblastes) diminuent et la synthèse osseuse est ralentie. À l'inverse, les cellules responsables de la destruction osseuse (les ostéoclastes) tendent à augmenter. La résorption osseuse est alors fortement stimulée car la suractivité des ostéoclastes induit une décalcification. Celle-ci aboutit non seulement à une perte de masse osseuse, mais aussi à une fragilisation du squelette.

Des traumatismes même légers peuvent provoquer des fractures (col du fémur, vertèbres, membres) dont les conséquences peuvent mettre en danger la vie des personnes âgées.

Selon *Thierry Souccar*, la plupart des produits recalcifiants conseillés par la médecine officielle ont tendance à bloquer les ostéoclastes (destructeurs des vieux tissus osseux) si bien que les ostéoblastes (qui refabriquent du tissu neuf) restent en attente. Le résultat est que les personnes se retrouvent avec des os morts au lieu de tissus osseux vivants. La densitométrie osseuse donnant dans ce cas des valeurs normales rassure faussement tout le monde, ce qui n'empêche pas les os (qui sont morts) de casser facilement...

Conseils nutritionnels

- Contrairement aux idées reçues, les viandes, les céréales, et surtout les produits laitiers tant conseillés par la médecine officielle n'apportent rien au maintien d'une bonne santé des os. En excès, ils sont responsables d'un déséquilibre acido-basique, et carrément d'une fuite minérale plus ou moins importante.

A noter que dans les pays où les produits laitiers sont absents, on ne trouve pratiquement pas de troubles du calcium, et que les pays les plus gros consommateurs connaissent les plus gros dégâts osseux.

- Au contraire, les fruits et légumes frais ou secs riches en minéraux (algues, choux, sésame, amandes, noisettes, noix, pois chiches, haricots, lentilles, etc.) et les poissons gras riches en acides gras polyinsaturés (sardine, maquereau, hareng, saumon bio, flétan, etc.), ainsi que les graines alcalinisantes (après réhydratation : millet, amarante, sarrasin, quinoa), sont notamment à privilégier car ils permettent de couvrir les besoins métaboliques réels des os.

- Comme l'iode stimule la thyroïde dont la calcitonine agit avec la parathormone sur la régulation du métabolisme calcique, il ne faut pas négliger son apport alimentaire (algues marines, fruits de mer, poissons, sel marin, etc.) en particulier chez les hypothyroïdiens.

Remarque : il ne faut pas oublier un phénomène connu qui est la piézo-électricité des os longs qui autorise et génère le métabolisme du calcium. Ainsi, il est bien connu que les malades longtemps alités sont victimes de décalcification – par ailleurs les cosmonautes en séjour prolongé en apesanteur connaissent le même problème. Il est donc nécessaire de solliciter les insertions musculaires de l'os par l'exercice physique avec appui ou résistance (par exemple la marche active). Il peut être également judicieux dans certains cas de rééquilibrer les fréquences électromagnétiques des os, diaphysaires et épiphysaires, grâce à des moyens biophysiques adaptés. De même, la micro-immunothérapie (2LOSTEO-N du laboratoire Labo'Life) contribue à soutenir et préserver l'intégrité osseuse en modulant l'activité immunitaire.

Quels remèdes naturels ?

Les remèdes inadéquats couramment proposés, à base de carbonate de calcium, s'avèrent très peu métabolisables, ce qui signifie qu'ils peuvent se déposer au gré des champs électriques internes de l'organisme sur des sites osseux articulaires (pas uniquement sous forme de becs de perroquet mais aussi sous forme de dépôts sur les os au lieu de participer à la minéralisation osseuse).

Par ailleurs, il y a deux éléments du tableau de Mendeleïev – le magnésium et le silicium – qui sont capables par mutation à basse énergie, de se transformer en calcium. Ceci est parfaitement connu mais caché depuis plus d'un demi-siècle, car dérangeant énormément le grand business de l'industrie laitière et de la pharmacie. Je me dois de citer (encore et encore) :

1 – Les expériences du *Dr Pierre Delbet* (1861-1957), grand promoteur du chlorure de magnésium et qui inventa avec le *Dr Philippe Chapelle*, la DELBIASE. Ses recherches et expérimentations dans le domaine vétérinaire jouèrent un rôle notable dans le développement des applications thérapeutiques. En particulier, il fit élever des veaux avec une alimentation exclusivement riche en calcium – les veaux devinrent rachitiques. Par ailleurs il fit élever des veaux avec une alimentation exclusivement riche en magnésium – les veaux étaient en parfaite santé avec une calcification et un développement osseux optimum. Ceci prouve qu'ils ont transformé le magnésium en calcium. A noter que l'opération inverse n'est pas possible.

2 – Les célèbres expériences sauvagement contestées de Corentin Louis Kervran (1901-1983) sont pourtant claires : alors qu'il vit sur le sol granitique breton, Kervran a élevé des poules en les privant soigneusement de tout apport de calcium. Leur seul apport minéral était de la silice. Ces poules n'avaient aucun problème osseux et faisaient des œufs avec une belle coquille de calcaire, et cela sur une longue période de temps. A noter que pour effectuer de telles mutations, il est normalement nécessaire d'utiliser un cyclotron consommant des méga watts d'électricité...

Est-ce là une attitude scientifique, qui n'a jamais daigné essayer de reproduire officiellement cette expérience, même surprenante ?... des fois que ça marcherait !

OsteoRenov, fruit d'une recherche approfondie

- Les aminopeptides du collagène de poisson ainsi que les acides aminés (L-lysine, citrulline, L-méthionine et taurine) participent à la synthèse de la matrice protéique des os et des cartilages tout en diminuant la résorption des os. La lysine favorise l'assimilation du calcium et du magnésium.
- Les sels organiques de calcium et de magnésium (glycérophosphate, citrate, et carbonate (pour le magnésium uniquement !)) sont graduellement biodisponibles, ce qui entraîne un processus modulé de minéralisation des os.
- La lactoferrine et selon certaines études, très vraisemblablement la créatine, stimulent la différenciation et la prolifération des ostéoblastes (formation osseuse) et réduisent l'apoptose ostéoblastique. La lactoferrine affecte également les

ostéoclastes (résorption osseuse) en inhibant leur formation.

- La L-carnitine, dont la concentration diminue avec l'âge, ralentirait la perte minérale par diminution du turn-over.
- La taurine améliore l'incorporation des minéraux (Ca, Mg, Zn) dans les cellules par fixation sur des sites membranaires spécifiques.
- Les bactéries lactiques sélectionnées, les oligosaccharides prébiotiques, le magnésium, le manganèse, les vitamines du groupe B et la lactoferrine favorisent la dominance de la microflore de protection intestinale et par conséquent une meilleure assimilation des nutriments entrant dans la composition d'OsteoRenov.
- Les oligoéléments (Zn, Mn, Cu, Se, Cr), les vitamines liposolubles et hydrosolubles interviennent, en tant que catalyseurs biologiques, dans de très nombreux processus métaboliques, dans la formation du collagène et dans la minéralisation des os, tout en s'opposant au vieillissement prématuré de l'organisme.
- La vitamine D3 est indispensable à l'assimilation du calcium et du phosphore. Dans l'os, elle mobilise le calcium et le phosphore et participe à la minéralisation du tissu ostéide.
- La vitamine A intervient dans la différenciation et la croissance cellulaire, participe à la synthèse des glycoprotéines entrant dans la composition de la matrice collagénique.
- La vitamine K permet la fixation des ions Ca^{++} sur l'ostéocalcine (K-dépendante), protéine impliquée dans la minéralisation osseuse.
- Les vitamines E, C et le β -carotène permettent de lutter contre le stress oxydatif qui détruit le tissu osseux.

Composition globale d'Osteorenov

Hydrolysate de collagène issu du poisson, citrate et glycérophosphate de calcium, gomme d'acacia, glycérophosphate et carbonate de magnésium, citrate de potassium, créatine monohydrate, L-carnitine, glycine, L-lysine, L-citrulline, taurine, L-méthionine, extrait de graine de fenugrec (*Trigonella foenum-graecum*), lactoferrine, extrait de baies d'acérola (*Malpighia glabra*), tréhalose, bactéries lactiques : *Lactobacillus plantarum*, *Lb. acidophilus* NCFM ; biglycinate de zinc, levure dosée en sélénium, gluconate de manganèse, biglycinate de cuivre, picolinate de chrome, molybdate de sodium ; vitamines E, A, D et K ; vitamines B1, B2, B3, B5, B6, B8, B9, B12.

Adjuvants de fabrication : cellulose microcristalline et dioxyde de silicium.

Boîte de 420 g de poudre pour une cure nutritionnelle de 30 à 60 jours.

Conseils d'utilisation

- Prendre, le matin et/ou à midi, 1 à 2 mesures d'OstéoRenov (en 1 ou 2 prises) dans un verre d'eau tiède. Commencer par une cure intensive de 3 à 6 mois (2 mesures par jour) et poursuivre par une phase d'entretien (1 mesure par jour).

La dose intensive ne convient pas aux personnes atteintes d'insuffisance rénale sévère, en raison de l'apport en potassium.

Cette solution peut être préparée dans de l'eau tiède la veille au soir et laissée incubé pendant la nuit à température ambiante pour favoriser la réactivation des bactéries lactiques et par conséquent améliorer l'assimilation intestinale des ingrédients actifs d'OsteoRenov.

- Eviter impérativement de prendre tout autre supplément en vitamine A et D

Conclusion

Ainsi, OsteoRenov des laboratoires LORICA rassemble, dans l'équilibre physiologique requis, un totum de nutriments contribuant à la synthèse et à l'intégrité des os, en agissant à la fois sur leurs structures protéiques et minérales tout en réduisant, dans la mesure du possible, leur résorption. Cet ensemble d'actions physiologiques combinées rend ce produit tout à fait innovant et performant.

Commande

Laboratoire LORICA

Pescalis – Les Magnys - 79320 Moutiers/Chantemerle
05 49 80 72 55

Produit OsteoRenov