



Functioneel proteomisch bilan (CEIA methode)

Casus Casus Casus Casus ...

Mijnheer J.F., °15/08/1986 (22 jaar): het verband tussen Omeprazol en voetbal ...

student / voetballer

Antecedenten:

- 2000: MNI
- aug 2004: opvallend lage lipiden bij routine biologie (tg. aanslepende vermoeidheid)
- mei 2006: osteosynthese voor fibulafractuur posttraumatische periostitis tibiae

Klachten:

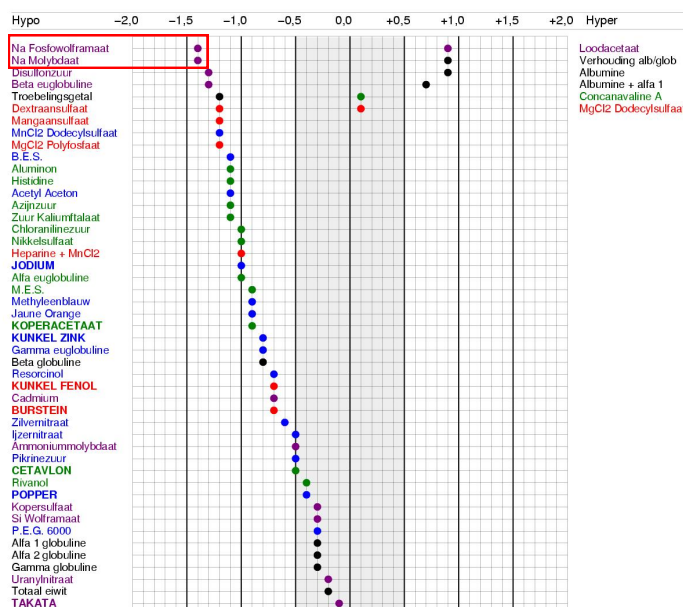
Jongeman die me in juni 2005 komt opzoeken wegens een 5 jaar durende vermoeidheid met grote slaapnood (12 uur per etmaal), met culminatie van de klachten in de herfst (okt-nov), beterend na nieuwjaar: hij brengt dit mogelijks in verband met zijn intense activiteit als amateur-voetballer (4 x /week; slechter na de start van het seizoen, beterend na de winterstop). Hij heeft zijn humaniora correct beëindigd, maar heeft bij zijn huisarts voor de start van zijn 1ste jaar hogere studie (psychologie) omwille van die aanslepende vermoeidheid in aug 2004 een bloedonderzoek laten verrichten: wegens positieve IgG op MNI, werd nogal gemakkelijk besloten tot postvirale asthenie; de opvallend lage serumlipiden werden echter als "zeer goed" bestempeld De daaropvolgende winter was hij vaak ziek (sinusitis, griep), steeds verder vermoeid, en heeft hij uiteindelijk zijn studies stopgezet in april.

Eerste proteomisch profiel (27/06/2005):

Linker asymmetrie; alle homeostase-niveau's zijn verzwakt, met uitzondering van de exogene humorale immuniteit (macroglobulinen en correlerende parameters van de Takata/Popper groep); het profiel wordt duidelijk naar links 'getrokken' door de LP-parameters van LDL-niveau (heparine MnCl₂, Polyfosfaat MgCl₂, blauwe DDS MnCl₂ (= VLDL)), maar vooral door de twee intestinale (V)LDL parameters Natriumfosfotungstaat. Dit moet steeds doen denken aan verzwakking van de ganse LP-hiërarchie van vanonder uit: het prehepatische niveau, met name: maldigestie en vetmalabsorptie.

Vetmalabsorptie is anamnestic vrij eenvoudig na te gaan via het fenomeen van de steatorrhee: als er intestinaal onvoldoende vet wordt opgenomen, verschijnt dit ongewijzigd in de stoelgang, waardoor de densiteit hiervan daalt en de stoelgang gaat drijven op het toiletwater.

Het blijft opvallen hoe patiënten telkens weer ongelovig reageren als hen op basis van een serumanalyse de vraag



gesteld wordt of hun stoelgang drijft ... Bij deze jongeman was het dus niet anders !

Een vaak voorkomende, en zeer gemakkelijk te verifiëren oorzaak van deze vetmalabsorptie is maag-hyperaciditeit. Het pancreas-lipase is immers de flessenhals van het systeem van vetvertering en -absorptie: dit lipase wordt door (maag)zuur geïnactiveerd — reden waarom het pancreas zich voorziet van een 'private' bicarbonaat-productie; bij maagzuur-hypersekretie volstaat dit pancreatische bicarbonaat echter niet om het lipase te beschermen: het wordt (partieel) geïnactiveerd, de vetpartikels raken niet micellair gesplitst, de gal kan er niet omheen gaan zitten en ze blijven wateronoplosbaar: steatorrhee.

Om deze oorzaak van vetmalabsorptie aan te tonen (of uit te sluiten), volstaat het de maagzuursekretie gedurende een korte proefperiode (1 week) drastisch te verminderen: het standaardprotocol hiervoor is = 3 x 20 mg Omeprazol per dag (20 mg bij elke maaltijd). Omeprazol (PPI-prototype) is tergelijktijd een « dom » medicament (het geneest niet blijvend), maar symptomatisch een uiterst effectief en vooral selektief: het zet de zuurkraan toe, en verder niets. Als binnen die testweek de steatorrhee verdwijnt (de stoelgang drijft niet meer) dan is het bewijs geleverd dat de maagzuurhypersekretie de schuldige is.

Bij deze patiënt was de test positief, zodat de oorzaak van zijn probleem inderdaad op dit niveau lag.

Zijn moeder is verpleegkundige in hospitaaldienst en trouwde zoonlief stante pede mee naar de geaffiliëerde gastro-enteroloog: deze voerde zowaar een OGD-scopie

uit, waaruit een refluxoesofagitis graad A bleek, die dus de hypersekretie bevestigde; de gastro-enteroloog besloot verder: « geen internistische verklaring voor zijn vermoeidheid » ...

Mede omwille van de refluxoesofagitis wordt Omeprazol verdergezet aan de standaarddosologie van 1 x 20 mg dd.

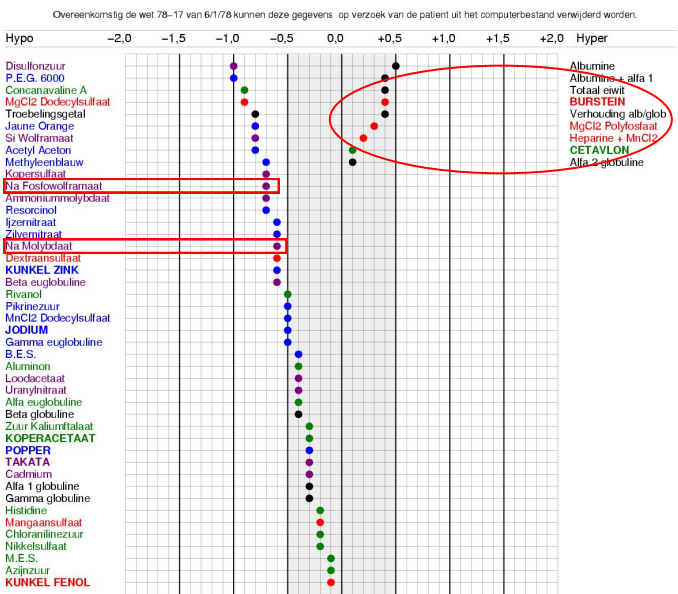
Eind oktober 2005 komt hij me entoesiast melden dat hiermee alleen zijn vermoeidheid duidelijk afgenomen is. Ik besluit daarom Omeprazol verder te geven, maar vervolledig de behandeling met de berekende remedies uit het profiel:

Vegetale biomodulatie CHRYSANTHELLUM AMERICANUM	Minerale biomodulatie CUPRUM SULFURICUM 5D GTE	Aromatische biomodulatie Citrus limon (Citroen E.O.)
----------------------------------------------------	---------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

- Chrysantellum americanum MT: 10 druppels in wat water 's morgens voor 't eten (het is merkwaardig dat het remedierooster dit middel selekteert bij zo'n hypo-LP bilan, want Chrysantellum staat bekend als een ... cholesterolverlagend middel !)
- Cuprum sulfuricum D5: 10 druppels in wat water 's avonds voor 't eten
- Citroen ess. olie: 1 druppel op wat broodkruim 's avonds na 't eten

Daarbovenop krijgt hij nog 1 x 100 mg Vitamine E en 2 x 1 caps van een omega-3 preparaat per dag, om het verlies van deze essentiële vette nutriënten te compenseren.

Tweede proteomisch profiel: 16/02/2006:



De vermoeidheid is zeer fel verbeterd. Hij denkt terug aan studeren en (vooral) aan voetballen ! Het bilan is duidelijk in de goede richting opgeschoven: minder linker asymmetrie, stijging van de malabsorptieparameters, en opvallende stijging van de LP-parameters.

Ik stel hem voor de Omeprazol af te bouwen, maar laat de « similia » verder nemen (= middelen die door het remedierooster opnieuw worden voorgesteld):

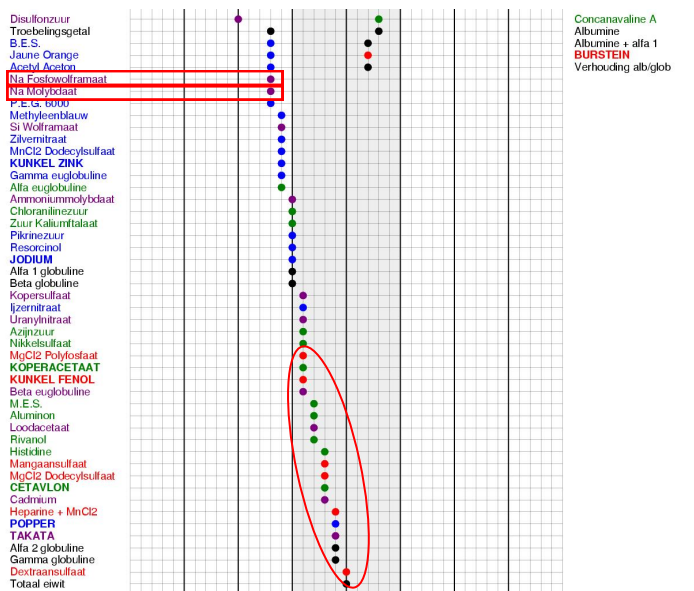
Vegetale biomodulatie LACTUCA SCARIOLA COLUTEA ARBORESCENS POLYGONUM HYDROPIPER PINKIS MONTANA PEUCEDANUM GRAVEOLIENS CRATAEGUS OXYACANTHA	Minerale biomodulatie CUPRUM SULFURICUM 5D GTE ARGENTUM NITRICUM 6D SILICEA 3D TRITUR PHOSPHORUS TRI-BROMATUS 4D TRITUR CADMIUM BROMATUM 4D GTE NATRIUM SELENICUM 4D GTE	Aromatische biomodulatie Eugenia caryophyllus clovis (Grunder E.O.) Citrus sinensis (dulcis) (Sassaparilla E.O.) Zingiber officinale (Gember E.O.) Citrus limon (Citroen E.O.) Mentha piperita (Pepermunt E.O.) Andropogon citratus (Lemongras E.O.)
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Cuprum sulfuricum D5: 10 druppels in wat water 's avonds voor 't eten
- Citroen ess. olie: 1 druppel op wat broodkruim 's avonds na 't eten

Ik zie hem pas terug in dec 2006 met een pechverhaal over de herneming van zijn voetbalactiviteit: in mei van dat jaar ondergaat hij een osteosynthese voor een gecompliceerde enkelfractuur; na 3 maanden rust mag hij opnieuw voetballen, maar ontwikkelt hierop een aanslepende periostitis van de tibia. Algemeen stelt hij het echter wel en ook studie en examens lopen goed; Omeprazol heeft hij echter nog niet durven stoppen. Zijn verbeterde vetresorptie laat zich ook aan zijn gewicht merken: hij is 5 kg aangekomen, en ziet er opnieuw heel wat atletischer uit !

In februari 2007 verneem ik via zijn moeder dat de steatorrhee na het onderbreken van de Omeprazol recidiveert; hij is bang om ermee te stoppen, temeer omdat zijn voetbalconditie er met het enkelprobleem fiks is op achter-uitgegaan, zodat hij naar een club van lagere afdeling is overgestapt.

Derde proteomisch profiel: 31/07/2007:



In juli 2007 komt hij met goed nieuws: zijn conditie verbetert gestaag en ook op studiegebied gaat het goed (slechts 3 herexamens op de 10 ...). Er wordt een nieuw bilan uitgevoerd, die de bestendige beterschap bevestigt: LP blijven mooi in de normzone, de twee breedband parameters Natriummolybdaat en Natriumfosfotungstaat behouden hun positie en zijn in feite « teruggekeerd » naar de IG-groep: ze hebben ahw. hun LP-karakter afgegeven.

Het lipidprofiel is ook duidelijk verbeterd tov. de beginwaarden:

	23/06/2005	24/07/2007
Totaal cholesterol	144 mg/dl	174 mg/dl
HDL-cholesterol	45 mg/dl	44 mg/dl
LDL-cholesterol	88 mg/dl	111 mg/dl
Triglyceriden	57 mg/dl	97 mg/dl

Hij blijft echter trouw aan Omeprazol als enige behandeling.

Ik zal hem pas een jaar later in juli 2008 nog eens terugzien om over dit Omeprazol-verhaal te overleggen: hij heeft enkele malen geprobeerd Omeprazol te stoppen, maar telkens ervaart hij na enkele weken duidelijk conditieverlies en toename van de vermoeidheid.

De studies vorderen ondertussen voortreffelijk en conditioneel traint hij alle dagen (lopen en fitness); hij is opnieuw van provinciaal naar nationaal voetbal gepromoveerd!

Bij verificatie van de remedies uit het derde bilan vallen weerom dezelfde « similia » op, die ik hem dan ook verder aanbeveel:

- Cuprum sulfuricum D5: 10 druppels in wat water 's avonds voor 't eten
- Citroen ess. olie: 1 druppel op wat broodkruim 's avonds na 't eten

Vegetale biomodulatie	Minerale biomodulatie	Aromatische biomodulatie
SECURIDACA LONGEPEDUNCULATA	NATRUM BROMATUM 4D GTE	Citrus limon (Citroen E.O.)
FESTUCA ELATIOR	CUPRUM SULFURICUM 5D GTE	Cuminum cyminum (Witte komijn E.O.)
INULA VISCOZA	ARGENTUM NITRICUM 6D	Andropogon citratus (Lemongras E.O.)
COLUTEA ARBORESCENS	SILICA 3D TRITUR	
LAVANDULA VERA	PHOSPHORUS TRI-BROMATUS 4D TRITUR	
ARTEMISIA DRACUNCULUS	MANGANUM MURIATICUM 4D GTE	

Er wordt afgesproken eerst nog een bilancontrole uit te voeren, om op basis hiervan dan toch te gaan zoeken naar een definitieve vorm van therapie o.v.v. organo- en serocytotherapie.

Besluit:

Ik wil met dit verhaal de grensoverschrijdende mogelijkheden van het proteomisch profiel aantonen.

Enerzijds zal het waarschijnlijk bij geen enkele klassiek werkende collega opkomen om vermoeidheid met een PPI te behandelen: dit is bij deze casus een duidelijke « proteomische » demarche, zuiver ingegeven door parameter-posities en configuratie, maar door klinische zowel als biologische follow-up een perfect objectieerbare strategie.

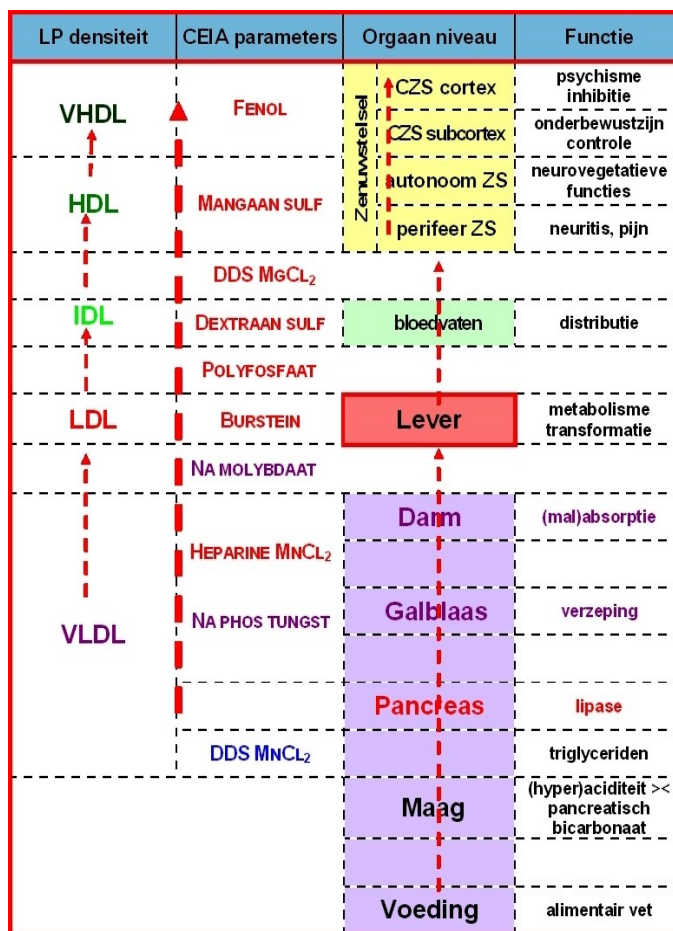
Anderzijds rijzen bij de zuiveren van de biologische lijn de haren misschien ten berge bij het lezen van zo'n allopatische volharding?

Ik ben van mening dat een pragmatische aanpak steeds moet kunnen prevaleren over het purisme van de principes (ter illustratie van hetzelfde, maar dan in de andere hoek: zijn huisarts weigert hem voorschriften Omeprazol te geven, omdat hij niet begrijpt waarom ...).

Dit is geen alleenstaande casus: chronische vermoeidheid door LP-deficiëntie op basis van vetmalabsorptie, veroorzaakt door maag-hyperaciditeit komt niet zo zelden voor: je moet het alleen maar opsporen. Ik reproduceer hierom graag nog eens de LP-hiërarchie-tabel die ik dagelijks bij mijn patiënten gebruik, als ik in een bilan de betrokkenheid en het belang van de LP moet uitleggen.

Auteur : *Dr. Sus Herbosch*

LP-hiërarchie



CEIA Deutschland Rathausgasse 5 55481 Kirchberg	Tel: +49 6763 40 16 Fax: +49 6763 40 18
CEIA Benelux Sint-Michielslaan 119 1040 Brussel	Tel: +32 2 736 04 58 Fax: +32 2 736 58 02
CEIA Iberica C/ Joncar 4 46137 Playa Puebla Farnals	Tel: +34 961 46 31 36 Fax: +34 961 46 16 19
CEIA France Château des Carbonnières 69640 Laccenas	Tel : +33 474 67 48 00 Fax: +33 474 67 48 10
CEIA Canada 40 rue Stone Haven Lac Brome, PQ, JoE 1So	Tel: (450) 242 4455 Fax: (450) 242 4455
e-mail : info@ceia.com www.ceia.com	