



Functioneel proteomisch bilan (CEIA methode)

Casus Casus Casus Casus ...

N^o7

Mevrouw M.C. °18/09/1946 (62 jaar) : schijn bedriegt ...

bediende / werkonbekwaam sedert 1975

Antecedenten

- familiaal: moederlijke grootvader: epilepsie
- 1954: atopisch eczeem
- 1959: CO-intoxicatie
- 1960: vermoeidheid, spierpijn, multipale tandhaarden
- 1968: G2P1, ° tweelingen, waarvan 1 mors in utero op 4 maanden
- 1971: G2P2
- 1972: epidurale infiltraties voor lage rugpijn
- 1993: menopauze
- 1995: curettage
- 1998: radioactief jood voor warme schildklierknobbel
- april 2008: droge macula-degeneratie (links)

Klachten

Deze dame komt me opzoeken in september 2008. Ze torst een kolossaal medisch dossier, getuige van onbetaamelijke medical shopping, zowel in de klassieke als de alternatieve sector. Ze kan het geheel nauwelijks in de hand houden, letterlijk en figuurlijk, laat staan dat ze erin slaagt een synthetisch beeld van haar probleem te hebben of het te begrijpen. Ze overstelpt me onder een spraakwaterval, gestoffeerd met een eindeloze rits technische protocols, om me toch maar te overtuigen van de ernst van haar lijden ! Ze is op vrijwillige basis met werken gestopt in 1975 (door het ziekenfonds niet erkend) voor chronische pijn, waarvan ze het begin rond 1971 situeert: ze was toen 25 jaar.

Ze klaagt over veralgemeende spierpijn, hoofdpijn, pijn aan de ogen en inwendige pijn (maagpijn met uitgesproken nausea, buikpijn allerhande, tenesmen), badend in toestand van chronische moeheid.

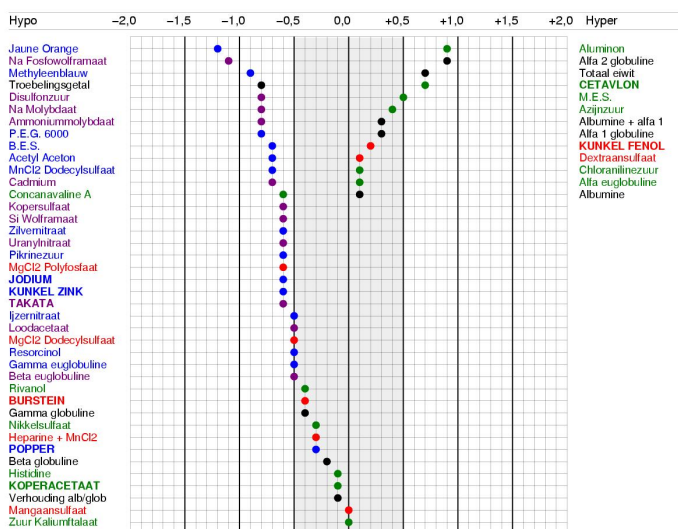
25 jaar lang werd ze behandeld op basis van spierontspanners en antidepressiva, zonder enige valabele diagnostische of therapeutische strategie, evenwel zonder resultaat.

In 1997 krijgt ze de perfecte diagnose opgespeld: fibromyalgie ! Daar komt in 1998 nog een tweede - al even onvermijdelijke - diagnose bovenop: chronisch vermoeidheidssyndroom, afgekondigd door één van onze ad hoc academische autoriteiten.

Bij onze eerste ontmoeting - ze is nu 62 jaar - is ze afhankelijk van VALTRAN voor haar pijn en neemt ze si-

multaan twee soorten slaapmiddelen om de nacht door te komen. Ze krijgt L-Thyroxine als schildkliersupplementatie.

Eerste proteomisch profiel: 01/10/2008 (276360)



Lichte linker asymmetrie, met weliswaar alle **groene GP-parameters** rechts op kop van het bilan: in tegenstelling tot de IG-parameters (blauwe + paarse), die links verlaagd staan: immuondysbalans door disjunctie van de humorale (↓) en cellulaire (↑) immuniteit. Dit stuurt de analyse in de richting van een chronisch inflammatoir syndroom als mogelijke diagnose. Het zou niet de eerste maal zijn dat een chronische pijntoestand op die wijze verklaard kan worden. Diagnostische tools van het klassieke arsenaal missen dit vaak, omdat ze hiervoor te weinig gevoelig zijn. Een goed deel (ik schat ± 20%) van de zogezegde fibromyalgieën kan aldus erkend en behandeld worden als reëel inflammatoir syndroom.

Om een chronische pijntoestand te evalueren, zijn echter de parameters die de reactieve status van het zenuwstelsel weergeven van groot nut: **de rode LP**. Zoals bij vele ander bilans lijken ze ook hier van weinig belang, omdat ze verspreid zitten binnen en rond de normzone (tussen -0.6σ voor **MgCl₂ Polyfosfaat** en $+0.2 \sigma$ voor **Kunkel Fenol**).

Tot op vandaag is ons nog niet al teveel bekend over de mogelijke betekenis van een spreidstand van de parameters van een gegeven parameterfamilie, of de fractionering ervan in subgroepen (bv. splitsing van de groene GP in minder zure >< uitgesproken zure). Ik meen nochtans dat de **dispersie van de rode LP**, zelfs binnen of rond de normzone, wel degelijk een belangrijke betekenis heeft, zowel diagnostisch als therapeutisch.

Deze dispersie weegt door als de LP-groep in het bilan opgesplitst raakt in een LDL-gecorreleerde fractie (**MgCl₂ Polyfosfaat, Burstein, MnCl₂ Heparine**) enerzijds en een HDL-gecorreleerde fractie (**Kunkel Fenol, Mangaansulfaat, Dextraansulfaat**) anderzijds: dit is bij deze patiënte wel degelijk het geval. Deze dispersie / oppositie kan geverifieerd en bevestigd worden aan de hand van de lipiden uit het klassieke laboratorium. Laat u hierin dan wel niet leiden door de normen van de internationale cholesterollobby, maar wel door deze die bepaald worden met dezelfde logica als die van de CEIA-methode: gemiddelden en standaarddeviaties voor gelijk geslacht en gelijke leeftijdsgroep, berekend op een grote groep patiënten.

Voor een dame van 62 jaar geeft dat:

Totaal cholesterol: 200-238 mg% (= > 1 σ <)

HDL-C: 59-76 mg% (= > 1 σ <)

LDL-C: 107-143 mg% (= > 1 σ <)

Ziehier de waarden van de patiënte, uitgevoerd op hetzelfde serumstaal als dat van het proteomisch profiel:

bezinkingssnelheid	13 mm
RBC	4.930.000
hemoglobine	14,8
hematocriet	43,4
WBC	7660
neutrofielen	62,90%
lymfocyten	26,60%
CRP	< 0,04
totaal cholesterol	265
HDL-C	118
LDL-C	136
triglyceriden	54
TC / HDL-C	2,2

eerste vaststelling: de inflammatoire parameters zijn normaal, wat de hypothese van een chronisch inflammatoir lijden minder waarschijnlijk maakt;

tweede vaststelling: het cholesterol is verhoogd, maar deze stijging is geheel toe te schrijven aan de HDL-fractie: een **HDL-C van 118 mg%** komt voor een dame van 62 jaar overeen met een **toename met 3 σ** ! Hierdoor daalt de verhouding TC/HDL-C naar 2.2: deze (voor de cardiologen) zelfverkleerde risico-factor is mij veel nuttiger in omgekeerde zin: als hij daalt ($\pm < 2,5$) ! Hierdoor wordt de disjunctie tussen LDL (\downarrow) en HDL (\uparrow) parameters bevestigd. Deze 'goede cholesterol' is al bij al dus niet zo goed, als hij bovenmatig stijgt !

Een LP dispersie/disjunctie in combinatie met een hoog HDL-C is quasi altijd teken van een 'gesurvolteerd' zenuwstelsel, motorisch zowel als sensibel, en van een onstabiel neurovegetatief terrein. Op zich kan deze observatie al volstaan om het klachtenpatroon van de patiënte te begrijpen.

Bleef dan nog het vermoeden van een miskend chronisch inflammatoir beeld. Tijdens de raadpleging waarbij haar bilan besproken werd, vertelde ze me dat ze twee dagen na de bloedafname koorts had ontwikkeld, toegeschreven aan een bronchitis. Dit kon zeer wel de

(relatieve) stijging van de **groene GP-parameters** verklaren: die zou dan ook van voorbijgaande aard zijn. We komen daarom overeen om een maand later een controle-bilan te laten uitvoeren, om de twijfel te lichten.

In afwachting schrijf ik haar reeds mijn gewoonlijke « hyper-fenol » middelen voor (met selectief verlagend effect op **Kunkel Fenol**) :

- Juniperus communis gemmae D1, 1 kfl. 's morgens
- Avena sativa MT + Scutellaria galericulata MT (ana partes) 2 x 20 druppels 's avonds

Daarenboven geef ik haar een naar mijn ervaring onmisbaar organotherapeutisch middel voor alle toestanden van neuropsychische instabiliteit (**dispersie van de rode LP**): Serocytol Diencephalon a rato van 2 x 1 suppositorium per week, in cycli van 3 weken op 4.

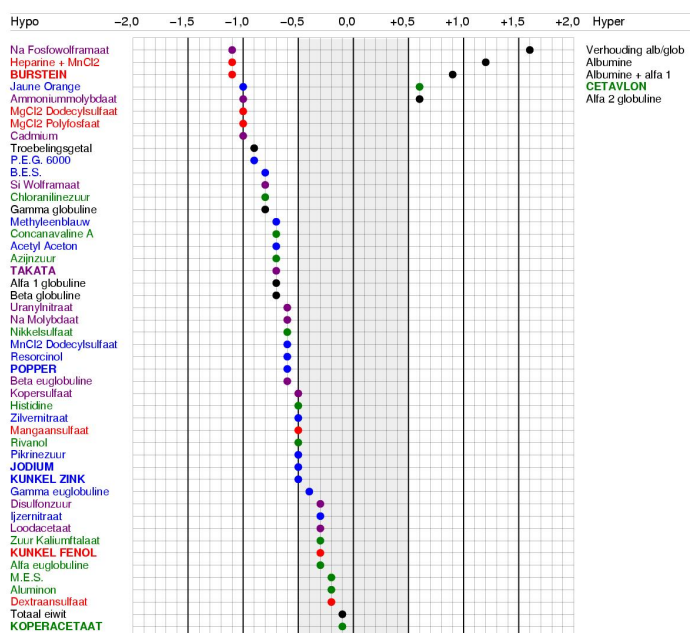
Tweede proteomisch profiel: 19/11/2008

Als ze voor het afgesproken controle-bilan terugkomt, is haar algemene toestand op verscheidene punten duidelijk verbeterd: ze is actiever, haar hoofd is klaarder, de nycturie is afgenomen, ze herstelt vlugger van een inspanning, is minder kouwelijk en is 2 kg aangekomen (ze was graatmager). Afgezien van de pijn, is haar algemene conditie en vooral haar moreel er met een flinke sprong op vooruitgegaan !

Ze vermeldt twee, op psychosomatisch niveau interessante elementen:

- de eerste toediening van Serocytol Diencephalon heeft aanleiding gegeven tot een emotionele catarrhe
- ze leeft sinds meer dan een jaar in onmin met haar zoon en schoondochter.

Al deze gegevens versterken de hypothese dat het om een ontwrichte psychosomatische situatie gaat, eerder dan om een chronisch inflammatoir syndroom.



Het controle-bilan bevestigt deze hypothese:

- de **hypergroene GP-toestand** is verdwenen: dat was dus wel degelijk het gevolg van de bronchitis
- de **rode LDL LP-parameters** (**MgCl₂ Polyfosfaat, Burstein, MnCl₂ Heparine**) tuimelen naar beneden: de linker asymmetrie wordt nu hierdoor bepaald

- de rode HDL LP-parameters (Kunkel Fenol, Mangaan-sulfaat, Dextraansulfaat) daarentegen blijven op kop van het bilan, zelfs al 'versteken ze zich' binnen de normzone

Het denkspoor van een miskend chronisch inflammatoir ziektebeeld wordt dus verlaten.

Het profiel is nu de expressie geworden van de reële onderliggende chronische aandoening, die in het eerste bilan gemaskeerd werd door een voorbijgaande infectieuze toestand: het zijn wel degelijk de rode LP-parameters, die de pathologie weergeven.

Als ze voor de bespreking van dit controle-bilan terugkomt, bevestigt ze de psycho-activerende werking van Serocytol Diencephalon, maar de viscerale effecten blijven voorlopig nog uit: vooral de nachtelijke blaastenesmen blijven zeer storend.

Bovenop de emotionele catarrhe, veroorzaakt door de Serocytol, vertoont ze een neuro-ectodermale excretie-reactie op Juniperus: huidruptie.

Posologie hiervan wordt gereduceerd en organotherapie gestart: Lever-Cortex-Pancreas, inspuitbare ampullen D4 (RODA): van elk één amptul gemengd IM, te herhalen om de 4 weken (tijdens de intervalweek van de Serocytolkuur).

Op heden heb ik ze de laatste maal gezien eind december 2008, tgv. haar tweede injectie Lever-Cortex-Pancreas: ze stapte de raadpleging binnen op haar twee benen (bij de eerste raadpleging moest haar echtgenoot haar in een invalidenwagentje binnenrijden !); de uitslag op Juniperus is verdwenen; krampen en tenesmen zijn afgenomen, maar het psychische réveil heeft nog altijd voor-sprong op het lichamelijke, hoewel er duidelijk beterschap is; ze "vergeet" van langsom meer Valtran in te nemen !

De strijd is zeker nog niet gestreden: na al die jaren moeten er hoogstwaarschijnlijk nog een massa verdron-gen gevoelens verwerkt worden. Maar het blijft verba-zingwekkend dat functionele proteomica en biologische remedies ons sleutels en hefboomen bieden om dit soort lijden (proberen) te verhelpen.

Besluit:

Het functioneel proteomisch CEIA-profiel is niet 'zeer moeilijk te beheersen'. Integendeel, het maakt ons me-disch denken en handelen een stuk eleganter, en biedt de mogelijkheid complexe situaties te synthetiseren en te begrijpen.

Waakzaamheid blijft echter de regel: schijn bedriegt (soms) ... Anamnese, klinisch onderzoek, aanvullend technisch onderzoek, klassieke biologie, functioneel pro-teomisch profiel, ...: alle puzzelstukjes moeten een cohe-rent geheel vormen: hiervan is het CEIA-bilan dikwijls het sluitstuk.

Auteur : *Dr. Sus Herbosch*

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 Lacenas	Tel : +33 474 67 48 00 Fax: +33 474 67 48 10
CEIA Canada 40 rue Stone Haven Lac Brome, PQ, JOE 1S0	Tel: (450) 242 4455 Fax: (450) 242 4455
e-mail : info@ceia.com www.ceia.com	