

Le bilan de protéomique fonctionnelle (Méthode CEIA)

Cas clinique ... Cas clinique ... Cas clinique ... Cas clinique ...

cas n° 16

Mr. Kristof D., °14/11/1980 Immunité intestinale et blessures sportives réitératives ?

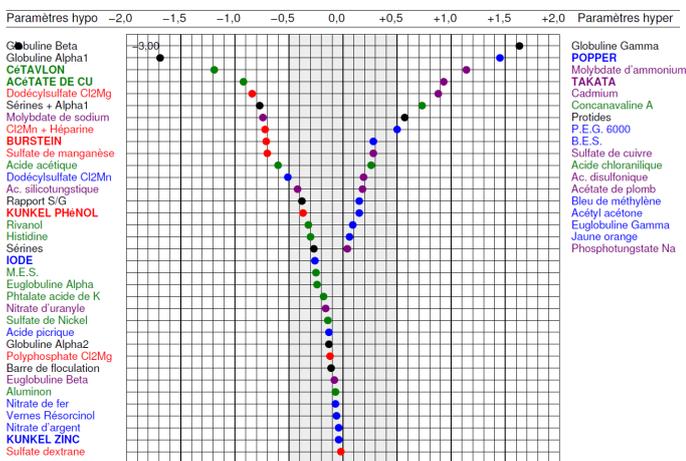
Antécédents

- ouvrier (carrossier dans la construction d'autobus)
- douleurs lombaires basses chroniques (\leftrightarrow emploi)
- sport intensif : football (3-4 x / sem.), vélo, jogging
- épisodes isolés de précordialgies atypiques (la nuit, pendant plusieurs heures), pour lesquelles le médecin de famille a prescrit un inhalateur à base de bécloéthasone / formotérol
- épisodes récidivants de rhume banal (sans arrêt de travail)

Ce jeune sportif (30 ans) vient me trouver en novembre 2010, sur recommandation de son beau-père que je soigne depuis quelque temps par la méthode du C.E.I.A. pour un problème articulaire, avec la demande précise de lui faire faire un bilan C.E.I.A..

Il se plaint de blessures sportives réitératives (déchirures tendinomusculaires, entorses, etc.), ce qui le gêne assez bien, tenu compte de la fréquence et de l'intensité de tous les sports qu'il pratique, à côté d'un emploi contraignant pour le dos : il travaille en continu en position d'hyperextension vertébrale, les bras en surélévation, dans la construction de carrosseries d'autobus. Ce n'est certes pas le cas de figure typique pour lequel on aurait d'office le réflexe 'protéomique'.

1^{er} profil protéomique : 16/11/2010



Biologie clinique provenant de la même prise de sang :

Vitesse de sédimentation	7,00	mm
Globules rouges	5,03	milj/mcL
Hémoglobine	16,60	g/dl
Hématocrite	48,70	%
Globules blancs	5.030,00	/mcl
Ferritine	493,00	ng/mL
CRP	0,10	mg/dL
Cholestérol	152,00	mg/dL
HDL-cholestérol	59,00	mg/dL
LDL-cholestérol	83,00	mg/dL
Triglycérides	53,00	mg/dL
Cholestérol facteur de risque	2,60	
Bilirubine totale	1,30	mg/dL
Bilirubine directe	0,40	mg/dL

Commentaires

- Formule sanguine normale
- Ferritine modérément élevée
- Cholestérol total abaissé : pour un homme de 30 ans, minima / maxima = 166-201 mg%, mais par contre HDL-C relativement haut (45-58 mg%), donc au revers de la médaille LDL-C (91-122 mg%) et VLDL / triglycérides (84-147 mg%) trop basses, d'où facteur de 'risque' trop bas (3,2-4,3), exprimant la dysbalance LDL \downarrow ><HDL
- Bilirubine légèrement élevée
- Ces 3 éléments (ferritine, lipides et bilirubine) font penser à un problème de métabolisme / synthèse hépatique, comme on peut l'observer dans la quasi-totalité des cas du syndrome de Gilbert-Meulengracht
- Profil C.E.I.A. symétrique, en déviation gauche (hypo) en même temps que droite (hyper)
- Le bras gauche en hypo confirme l'hypolipidémie par la position des **LP rouges** abaissées : synthèse hépatique des LP diminuée ; mais la dysbalance LDL \downarrow ><HDL est également lisible à travers la dispersion sur ce bras gauche des divers paramètres **LP rouges** correspondants aux HDL et LDL
- A l'opposé à droite on retrouve des gammaglobulines élevées, accompagnées des paramètres correspondants (**Popper, Cadmium, Takata, Molybdate d'ammonium**) : expression d'une hyperactivité du système immunitaire humoral, sous modulation dite 'exogène' : synthèse d'anticorps IG suite aux stimulus enregistrés par le système lymphoplasmocytaire lié aux interfaces de contact, dont la muqueuse intestinale est la plus importante (en surface et en immunocompétence)
- en miroir on retrouve les paramètres de l'immunité cellulaire (les **tests verts glycoprotéiques**) à gauche, signant le déséquilibre immunitaire cellulaire (Th1) \downarrow ><(Th2) humorale

Conclusion à l'issue de cet examen : suspicion du syndrome de Gilbert-Meulengracht avec hyposynthèse LP hépatique et déséquilibre immunitaire Th1 \downarrow ><Th2 : pas trop éclairant pour venir à bout d'un problème de blessures sportives ...

Néanmoins, je mets en pratique le raisonnement protéomique au niveau de la thérapie : prescription de *Carduus marianus* (hépatotrope, stimulant la synthèse des LP) et du schéma de probiotiques actifs de SymbioPharm,



ayant pour cible l'interface mucoale intestinale et son lien avec l'immunité humorale.

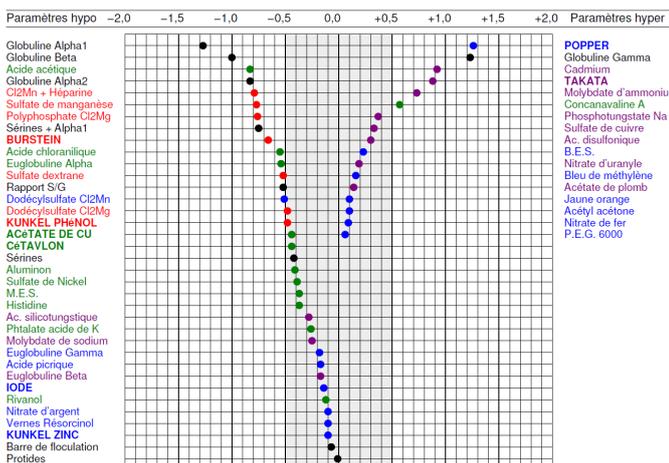
Un suivi intermédiaire (17/2/2011) ne permet pas de retrouver des bilirubinémies pathologiques :

Bilirubine totale	0,60	mg/dL
Bilirubine directe	0,20	mg/dL

L'hypothèse de Syndrome de Gilbert-Meulengracht est donc écartée. Une préparation à base d'omega 3, riche en EPA, remplace alors *Carduus marianus*, pour le traitement des paramètres lipoprotéiques (rouges) abaissés. Je lui fais faire également une série de 6 infiltrations avec l'antifraction homéopathisée (5 CH) du test de Popper, qui fait office de chef de file des tests IG exogènes, appliqué, mélangé à la procaine, en paravertébral gauche de L5, endroit où il souffre de manière persistante (arthrose facettaire ?). Ces infiltrations n'auront malheureusement pas d'effet.

2nd profil protéomique : 07/11/2011

Connaissant la lenteur de réaction biologique des paramètres IG exogènes, un profil de contrôle n'est demandé qu'après une année :



Biologie clinique provenant de la même prise de sang :

Vitesse de sédimentation	2,00	mm
Globules rouges	4,94	milj/mcL
Hémoglobine	16,00	g/dL
Hématocrite	45,20	%
Globules blancs	4.140,00	/mcL
Ferritine	501,00	ng/mL
CRP	0,05	mg/dL
Cholestérol	142,00	mg/dL
HDL-cholestérol	53,00	mg/dL
LDL-cholestérol	75,00	mg/dL
Triglycérides	69,00	mg/dL
Cholestérol facteur de risque	2,70	
Bilirubine totale	0,80	mg/dL
Bilirubine directe	0,30	mg/dL

Commentaires

- La formule sanguine est quasi inchangée (tendance à la leucopénie : correspondante aux paramètres GP verts du profil C.E.I.A. diminués)
- La ferritine reste modérément élevée
- Le cholestérol est encore plus abaissé
- La bilirubine reste normale
- Le profil C.E.I.A. est également quasi inchangé
- Le bras gauche retrouve des LP rouges et des GP verts abaissés
- A droite on voit à nouveau les gammaglobulines élevées, accompagnées des mêmes paramètres (Popper, Cadmium, Takata, Molybdate d'ammonium) : mais le traitement de fond avec les probiotiques a quand-même abouti à un résultat : les positions sont moins élevées que dans le 1^{er} bilan

Conclusion à l'issue de cet examen : amélioration biologique discrète, suggérant le bien fondé de l'hypothèse de travail et de la stratégie thérapeutique, mais absence décevante d'amélioration clinique réelle à ce point.

Mais, « *point n'est besoin d'espérer pour entreprendre ni de réussir pour persévérer* - Willem van Oranje » : je m'obstine donc dans la voie des perturbations immunologiques, partant des surfaces de contact mucoales, et augmente la puissance de tir sur cette cible : Mucosa comp.° (amp. HEEL) en IV, suivi immédiatement d'autothérapie IM (3 ml), mélangée à 1 amp. COLIBIOGEN° (Laves) : médicament biologique à base de produits métaboliques d'E. Coli (le Symbioflor 2° - gouttes perorales - de SymbioPharm contient d'ailleurs également des E. Coli). Cette combinaison (Mucosa comp. IV / sang total + Colibiogen IM) m'est connue, grâce à nos confrères Allemands.

Il aura bénéficié en tout d'une dizaine d'injections de ce type, réparties sur la période décembre 2011 - mai 2012.

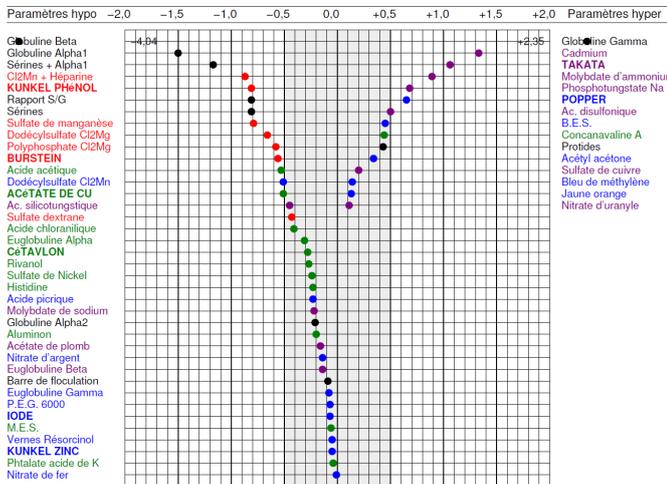
Evolution

Je ne le revois que fin octobre 2012, une année plus tard. Il annonce à ce moment, à ma grande satisfaction, qu'il n'a plus eu aucune blessure sportive et qu'en plus il a passé l'hiver précédent sans un seul rhume ! En même temps il me sort le mot-clé, qui résume parfaitement son problème, me disant : « *depuis quelques mois, je ressens qu'à nouveau je deviens plus raide* ». Le hasard faisant (parfois) bien les choses, j'ai pu rencontrer son médecin traitant à l'occasion de la Semaine Médicale annuelle de Baden-Baden, auquel j'avais délégué les injections Mucosa comp.° / autothérapie + Colibiogen° : celui-ci m'a confié qu'il était au courant de cette raideur, selon lui fort probablement la cause de ses traumatismes sportifs, et qu'il n'arrêtait pas d'insister sur le besoin de faire un stretching correct après chaque épisode sportif, ce que le patient omettait trop facilement à ces yeux.

Je reste néanmoins persuadé que l'intestin, cible de la thérapie, est bel et bien la cause primaire du problème. Le patient mentionne outre qu'à chaque injection, il a présenté quelques troubles intestinaux passagers, sous forme de diarrhée de courte durée : il a découvert d'ailleurs par lui-même qu'il pouvait anticiper celle-ci en prenant préalablement à l'injection un probiotique à base de *Saccharomyces cerevisiae*.

La raideur tendino-musculaire à la base de ses entorses ligamentaires et déchirures musculaires récidivantes est causée par une tendance à la sclérose tissulaire, dont nous savons qu'elle est la suite organique d'un processus de polymérisation, engendré par la réaction chronique des macroglobulines de l'immunité humorale exogène.

3^{ème} profil protéomique : 02/11/2012



Biologie clinique provenant de la même prise de sang :

Vitesse de sédimentation	2,00	mm
Globules rouges	4,92	milj/mcL
Hémoglobine	15,90	g/dl
Hématocrite	42,00	%
Globules blancs	5.640,00	/mcL
Ferritine	492,00	ng/mL
CRP	0,14	mg/dL
Cholestérol	145,00	mg/dL
HDL-cholestérol	52,00	mg/dL
LDL-cholestérol	80,00	mg/dL
Triglycérides	64,00	mg/dL
Cholestérol facteur de risque	2,80	
Bilirubine totale	0,90	mg/dL
Bilirubine directe	0,30	mg/dL

A première vue, on deviendrait au pire non-croyant ou du moins très déçu en analysant ces derniers bilans : il n'ont encore pas changés, on trouve même une nouvelle montée des gammaglobulines ; le test de Popper, lui par contre continue sa descente. Suite au paradoxe de l'amélioration clinique indéniable, il s'impose quelques conclusions hypothétiques :

- le profil protéomique est-il complètement déconnecté de la réalité clinique ? Apparemment non, vu les résultats cliniques, obtenus en se basant sur ce même profil
- y a-t-il un décalage entre les effets cliniques et biologiques ? Sans aucun doute : or, dans ce type de profil, les effets biologiques semblent devancer les effets cliniques (abstraction faite de l'évolution du test de Popper), où classiquement on observe l'effet inverse. Cela pourrait s'expliquer par l'évolution extrêmement lente de ce groupe de paramètres d'immunité humorale exogène
- on pourrait hypothétiquement même aller plus loin : l'hyperergie de l'immunité humorale exogène pourrait-elle être / devenir constitutionnelle ? Dans ce cas, il serait compréhensible qu'elle reste immuable, au moins sous l'aspect qualitatif, les variations dans le temps n'étant que quantitatives, et qu'une guérison finale ne pourrait être obtenue ? Mais, même dans ce cas, rien n'interdit une stratégie thérapeutique la prenant pour cible ; la conséquence pratique sera par contre qu'il faudra

maintenir le traitement, ou envisager des reprises chroniques à temps voulu

- ma propre intuition me pousse dans le sens d'une combinaison des 2 hypothèses précédentes : il y a d'une part une partie de terrain héréditaire / constitutionnel prédisposant, d'autre part des facteurs environnementaux déclenchants ou aggravants d'une part, et améliorants de l'autre, tels le traitement par probiotique actif

Conclusion

Ce cas est un bel exemple de la « pensée protéomique », appliquée à la stratégie thérapeutique. Rien au niveau clinique ne nous aurait amené à prendre l'intestin comme cible primaire dans une pathologie sportive de ce type, si nous n'aurions pas pu disposer du profil de protéomique fonctionnelle (méthode C.E.I.A.).

Pour le patient, son médecin traitant et moi-même la conclusion est nette : il faut persévérer pour réussir ! Une nouvelle série de 15 injections est entamée dès à présent, au rythme de 2 x par mois.

Auteur: *Dr. Sus Herbosch*

CEIA Deutschland Hauptstr. 75 a 55481 Kirchberg	Tel: +49 6763 3032 919 Fax: +49 6763 3032 921
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 Lachenas	Tel : +33 474 67 48 00 Fax: +33 474 67 48 10
CEIA Canada 9 Chemin des Pensées Sainte Anne des Lacs, PQ, JoR 1Bo	Tel: (450) 224 3048
e-mail : info@ceia.com www.ceia.com	