



## Le bilan de protéomique fonctionnelle (Méthode CEIA)

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

Cas N°7

### Madame M.C. °18/09/1946 (62 ans) : un train peut en cacher un autre ...

employée / en arrêt de travail depuis 1975

#### Antécédents

- familiaux : grand-père maternel : épilepsie
- 1954 : eczéma atopique
- 1959 : intoxication au CO
- 1960 : fatigue, douleurs musculaires, foyers dentaires multiples
- 1968 : 1<sup>ère</sup> grossesse, jumeaux, dont 1 mort in utero à 4 mois de la grossesse
- 1971 : 2<sup>ème</sup> grossesse, naissance normale
- 1972 : infiltrations épidurales pour douleur rachidienne
- 1993 : ménopause
- 1995 : curetage
- 1998 : iode radioactif pour nodule thyroïdien chaud
- avril 2008 : DMLA sèche (gauche)

#### Plaintes

Cette dame vient me trouver en septembre 2008, munie d'un dossier médical survolumineux, témoignant d'un shopping médical abusif, aussi bien en médecine classique qu'alternative; elle parvient à peine à le transporter, voire à le comprendre ou à le synthétiser, m'enterrant sous une avalanche de protocoles techniques afin de me prouver la véracité de sa souffrance ! Elle est en arrêt de travail depuis 1975, âgée de 29 ans (à sa propre initiative, non-reconnu par la sécurité sociale), pour douleur chronique depuis 1971.

Elle se plaint de douleurs musculaires dans tout le corps, de céphalées, de douleur aux yeux et de douleurs internes (maux d'estomac accompagnés de nausées, abdominaux, ténésmes), sur un fond de fatigue chronique.

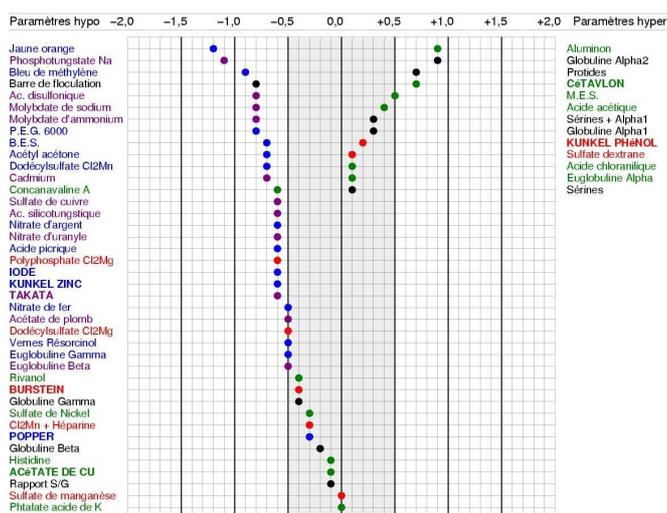
Elle a été traitée pendant 25 ans, sans hypothèse diagnostique ou stratégie thérapeutique valable, à base de relaxants musculaires et d'antidépresseurs, sans résultat.

En 1997 on lui colle le parfait diagnostic : fibromyalgie ! En 1998 elle se voit octroyer en plus le diagnostic du syndrome de la fatigue chronique, par une de nos autorités académiques à ce sujet.

Quand je la vois la première fois elle est dépendante au VALTRAN pour sa douleur et prend deux types de somnifères simultanément. Elle est supplémentée par L-Thyroxine pour sa thyroïde.

### Premier profil protéomique : 01/10/2008 (276360)

Profil en légère asymétrie gauche, avec néanmoins tous les **paramètres GP verts** en tête et à droite du bilan : en opposition avec les paramètres IG (**bleus + violets**) en baisse à gauche : dysbalance immunitaire par disjonction de l'immunité humorale (↓) et cellulaire (↑). Cela oriente l'analyse vers un diagnostic possible de syndrome inflammatoire chronique (?). Ce ne serait pas la première fois qu'un état de douleur chronique puisse être expliqué par une telle situation, méconnue par les instruments diagnostiques de l'arsenal classique, parce que trop peu sensibles à cet égard. Une bonne partie - que j'estime à ± 20% - des soi-disantes fibromyalgies peut ainsi être reconnue comme véritable syndrome inflammatoire.



Or, pour évaluer un état de douleur chronique, les paramètres exprimant le niveau réactif du système nerveux sont toujours d'une grande importance : **les LP rouges**. Dans ce bilan, comme d'ailleurs dans beaucoup d'autres, ils semblent sans intérêt, parce que dispersés ± dans la zone de normalité (entre  $-0.6 \sigma$  pour le **Polyphosphate MgCl<sub>2</sub>** et  $+0.2 \sigma$  pour le **Kunkel Phénol**).

Si à ce jour nous n'en savons pas encore trop sur une éventuelle signification de la dispersion des paramètres au sein d'une famille paramétrique, ou du fractionnement d'une famille en sous-groupes (p.ex. les GP verts moins acides >> les GP verts plus acides), je crois pouvoir affirmer que la **dispersion des LP rouges**, même dans ou autour de la norme, à bel et bien une signification importante, aussi bien en matière diagnostique que thérapeutique.

Cette dispersion prend toute son importance quand on assiste dans le bilan à une division de la famille LP entre les paramètres corrélés aux LDL (**Polyphosphate MgCl<sub>2</sub>**, **Burstein**, **Héparine MnCl<sub>2</sub>**) d'une part et ceux aux HDL

(Kunkel Phénol, Sulfate de Manganèse, Sulfate de Dextrane) de l'autre : ce qui est bien le cas ici. Cette dispersion / opposition se laisse vérifier et confirmer par l'observation des lipides dans la biologie classique, en se servant non pas des normes imposées par le lobby international du cholestérol, mais de celles que l'on peut calculer en adoptant la même logique que la Méthode du CEIA : moyenne et écart-type pour même sexe et même tranche d'âge, calculés sur un grand nombre de patient(e)s.

Pour une dame de 62 ans cela nous donne :  
 Cholestérol total : 200-238 mg% (= > 1  $\sigma$  <)  
 HDL-C : 59-76 mg% (= > 1  $\sigma$  <)  
 LDL-C : 107-143 mg% (= > 1  $\sigma$  <)

Voici les valeurs de la patiente, élaborées sur le même sérum que le bilan de protéomique fonctionnelle :

<b>vitesse de sédimentation</b>	<b>13 mm</b>
globules rouges	4.930.000
hémoglobine	14,8
hématocrite	43,4
<b>globules blancs</b>	<b>7660</b>
<b>neutrophiles</b>	<b>62,90%</b>
lymphocytes	26,60%
<b>CRP</b>	<b>&lt; 0,04</b>
<b>cholestérol total</b>	<b>265</b>
<b>HDL-C</b>	<b>118</b>
LDL-C	136
triglycérides	54
<b>CT / HDL-C</b>	<b>2,2</b>

première constatation : les paramètres inflammatoires restent muets, ce qui rend l'hypothèse d'un syndrome inflammatoire chronique moins probable;

deuxième constatation : le cholestérol est augmenté, mais cette augmentation est entièrement due à sa partie HDL : un **HDL-C à 118 mg%** correspond pour une dame de 62 ans à une **augmentation de 3  $\sigma$**  ! Ce qui abaisse le rapport CT/HDL-C jusqu'à 2.2 : ce prétendu facteur de risque (pour les cardiologues) m'est de loin plus utile en sens inverse : quand il baisse ( $\pm < 2.5$ ) ! Il confirme ainsi la disjonction entre les paramètres LDL ( $\downarrow$ ) et HDL ( $\uparrow$ ). Ce 'bon cholestérol' n'a finalement rien de bon quand il monte outre mesure !

Cette dispersion/disjonction des LP, combinée à un HDL-C élevé est quasi toujours signe d'un système nerveux 'survolté' (centres moteurs aussi bien que sensibles) et d'un terrain neurovégétatif instable. Cet élément à lui seul permettrait de comprendre l'ensemble des plaintes de la patiente.

Restait le soupçon d'un état inflammatoire méconnu jusque lors. A la consultation de l'interprétation de son bilan, la dame m'apprend que deux jours après la prise de sang elle avait été frappée de fièvre, suite à une bronchite. Cela pouvait très bien expliquer la montée (relative) des **paramètres GP verts**, qui serait à ce moment-là passagère. Nous convenons de faire un bilan contrôle un mois plus tard, afin d'écarter ce soupçon.

Entretiens je lui prescrivis mes remèdes «hyper-phénol» habituels (à action abaissante sélective sur le **Kunkel Phénol**) :

- Juniperus communis bg. D1, 1 c.à.c. le matin
- Avena sativa TM + Scutellaria galericulata TM (à parties égales) 2 x 20 gtts le soir

En plus d'un remède organothérapeutique à mon avis fondamental dans tous les états d'instabilité neuro-psychique (**les LP rouges dispersés**) : le Sérocytol Dien-céphale (vente autorisée en Belgique) à 2 x 1 suppositoires par semaine, en cycles de 3 semaines sur 4.

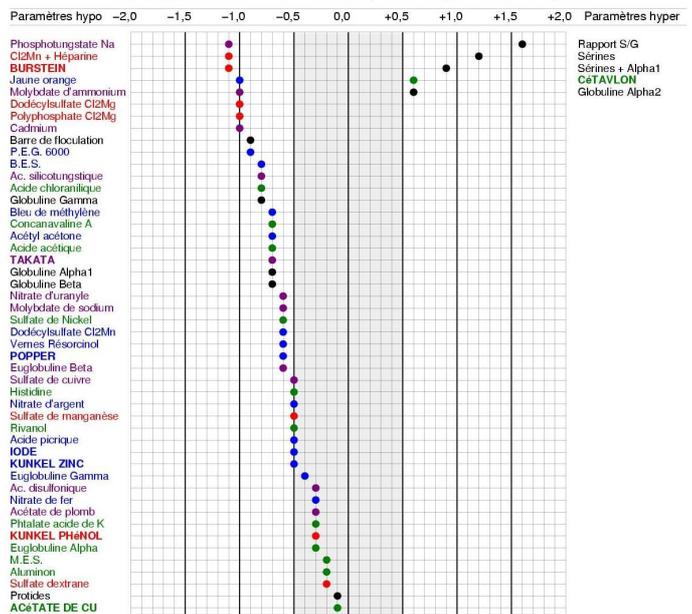
### Deuxième profil protéomique : 19/11/2008

Quand elle revient pour le bilan contrôle, elle signale déjà une très nette amélioration de son état sur plusieurs points : elle est plus active, a la tête plus claire, la nycturie a diminué, elle récupère plus vite, est moins frileuse, et elle a pris 2 kilos (elle était très maigre): à part les douleurs, l'état général et surtout le moral ont fait un bond très positif !

Elle me signale deux éléments intéressants au niveau psychosomatique :

- la première administration de Sérocytol Diencéphale a déclenché un catarrhe émotionnel
- elle vit en désaccord avec son fils et sa belle-fille depuis plus d'un an.

Tous ces éléments renforcent l'hypothèse d'une situation psychosomatique déséquilibrée, plutôt qu'un syndrome inflammatoire chronique.



Le bilan contrôle nous donne la confirmation de cette hypothèse :

- l'**hyper vert GP** a disparu : c'était donc bien la bronchite
- les paramètres **LP rouges LDL (Polyphosphate MgCl<sub>2</sub>, Burstein, Héparine MnCl<sub>2</sub>)** se retrouvent en bas : c'est par eux que la courbe est 'tirée' en asymétrie gauche
- les paramètres **LP rouges HDL (Kunkel Phénol, Sulfate de Manganèse, Sulfate de Dextrane)** par contre, restent en tête du bilan, même s'ils sont 'cachés' dans la zone de normalité

La piste du syndrome inflammatoire chronique méconnu est donc écartée.

Le bilan prend maintenant la forme de son réel état chronique, qui était resté masqué partiellement par l'effet d'une situation infectieuse passagère : se sont bel et bien **les paramètres LP rouges** qui expriment la pathologie.

Quand elle revient pour la discussion de ce deuxième bilan, elle me confirme l'effet psycho-activant du Sérocytol Diencéphale, mais les effets viscéraux tardent encore : surtout les ténésmes vésicaux nocturnes la perturbent.

En plus du catarrhe émotionnel sur le Sérocytol, elle présente une réaction d'élimination neuro-ectodermale sur le Juniperus bg. : une éruption dermique.

Je diminue la posologie du bourgeon, et je démarre l'organothérapie : Foie-Cortex-Pancréas, en ampoules D4 (RODA - disponibles en Belgique) : une administration mixte, à répéter toutes les 4 semaines (pendant l'intervalle du cycle Sérocytol).

A ce jour, je l'ai vue la dernière fois fin décembre 2008, pour sa deuxième administration de Foie-Cortex-Pancréas : elle entre à la consultation en marchant normalement (lors de la première consultation son mari la poussait en chaise roulante !); l'éruption au Juniperus est partie; les crampes et ténésmes ont diminué, le réveil psychique devance encore toujours la reprise physique, mais il y a du mieux; elle « oublie » de plus en plus son Valtran !

La partie n'est certes pas gagnée : après toutes ces années il doit y avoir encore énormément de sentiments refoulés. Mais il reste étonnant que la protéomique fonctionnelle et des remèdes biologiques nous offrent des clefs et des leviers pour (essayer de) pallier ce type de souffrance.

### Conclusion:

Le bilan de protéomique fonctionnelle du CEIA n'est pas 'difficile à maîtriser'. Au contraire, il rend l'acte médical plus élégant, et permet de synthétiser et de comprendre des situations apparemment complexes.

Il faut néanmoins rester vigilant : un train peut en cacher un autre ... Anamnèse, examen clinique, examens techniques complémentaires, biologie classique, bilan de protéomique fonctionnelle, ... : toutes les pièces du puzzle doivent former un ensemble cohérent : se sera souvent le bilan protéomique fonctionnelle qui en sera la clef.

Auteur : Dr. Sus Herbosch

<b>CEIA Deutschland</b> Rathausgasse 5 55481 Kirchberg	Tél: +49 6763 40 Fax: +49 6763 40 18
<b>CEIA Benelux</b> 119 Bd St Michel 1040 Bruxelles	Tél: +32 2 736 04 58 Fax: +32 2 736 58 02
<b>CEIA Iberica</b> C/ Joncar 4 46137 Playa Puebla Farnals	Tél: +34 961 46 31 36 Fax: +34 961 46 16 19
<b>CEIA France</b> Château des Carbonnières 69640 Lacenas	Tél : +33 474 67 48 00 Fax: +33 474 67 48 10
<b>CEIA Canada</b> 10204 Laverdure Montréal, PQ, H3L 2L3	Tel: (514) 385 42 69 Fax: (514) 385 42 69
Courriel : <a href="mailto:info@ceia.com">info@ceia.com</a> <a href="http://www.ceia.com">www.ceia.com</a>	