

Le bilan de protéomique fonctionnelle (Méthode CEIA)

Cas clinique Cas clinique Cas clinique Cas clinique ...

Cas N°6

Monsieur J.F., °15/08/1986 (22 ans) : la relation entre Oméprazole et le football ...

étudiant / footballeur

Antécédents

- 2000 : mononucléose infectieuse (MNI)
- août 2004 : lipides étonnamment basses lors d'une biologie classique pour fatigue persistante
- mai 2006 : ostéosynthèse pour fracture du péroné, périostite du tibia post-traumatique

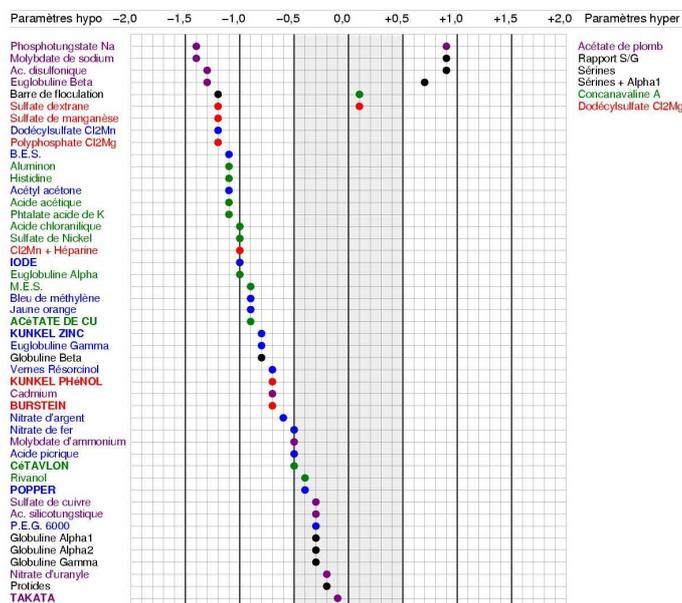
Plaintes

Ce jeune homme vient me trouver en juin 2005 pour une fatigue persistante depuis 5 ans. Il a besoin de beaucoup de sommeil (12 h par jour). Ses plaintes culminent en automne (octobre-novembre) et s'améliorent après le nouvel an : il attribue cela à ses activités intenses de footballeur (4 fois par semaine; il se sent plus mal après le début de la saison mais va mieux après la trêve hivernale). Il a terminé ses études secondaires de manière correcte, mais a demandé à son médecin de famille en août 2004 de lui faire une prise de sang pour cause de fatigue chronique avant d'entamer des études supérieures (psychologie). Celle-ci révèle des IgG augmentées pour la mononucléose infectieuse et le médecin conclut assez facilement à une fatigue post-virale; les lipides étonnamment basses sont néanmoins qualifiés de «très bonnes»... L'hiver suivant il est souvent malade (sinusite, grippe), de plus en plus fatigué, et il interrompt finalement sa première année d'études en avril 2005.

Premier profil protéomique : 27/06/2005

Profil en asymétrie gauche; tous les niveaux homéostatiques sont affaiblis, excepté l'immunité humorale exogène (macroglobulines et paramètres corrélés du groupe Takata/Popper). Le profil est visiblement 'tiré à gauche' par les paramètres LP (lipoprotéines) de basse densité (LDL): **héparine MnCl₂**, **Polyphosphate MgCl₂**, **DDS MnCl₂** (= VLDL) mais surtout par les deux paramètres (V)LDL intestinaux **Molybdate de soude** et **Phosphotungstate de soude**. Cela doit toujours soulever l'hypothèse d'affaiblissement de la chaîne hiérarchique LP totale par le bas: au niveau pré-hépatique, c'est-à-dire : maldigestion et malabsorption lipidique.

Une malabsorption lipidique est facilement décelable à l'anamnèse par le phénomène de la stéatorrhée : si la graisse alimentaire est insuffisamment absorbée par l'intestin, elle apparaîtra dans la selle dont la densité diminuera, ce qui la fera surnager dans la cuvette.



La plupart des patients réagissent de manière incroyable quand, à partir d'une analyse sérique, on leur demande 'si la selle flotte' ... Ce jeune homme n'en fit pas exception !

L'hyperacidité gastrique est une cause assez fréquente et facilement vérifiable de cette malabsorption lipidique. La lipase pancréatique est en effet le maillon vulnérable de la digestion et de l'absorption lipidique : cette lipase est inactivée par l'acide gastrique — raison pour laquelle le pancréas se prévaut d'une autoproduction de bicarbonate. En cas d'hypersécrétion gastrique, ce bicarbonate pancréatique ne suffira néanmoins pas pour protéger la lipase : elle sera (partiellement) inactivée, les particules de graisse ne seront pas ou trop peu réduites en micelles, la bile ne pourra pas les envelopper et elles resteront hydro insolubles. C'est la stéatorrhée.

Afin de mettre en évidence cette cause de malabsorption lipidique, il suffira de réduire de manière drastique la sécrétion gastrique pendant une courte période (1 semaine) d'essai. Le protocole standardisé à cet effet est le suivant 3 x 20 mg d'Oméprazole par jour (20 mg à chaque repas). L'Oméprazole (prototype des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)) est en même temps un médicament «bête» (il ne guérit pas réellement), mais d'un point de vue symptomatique très efficace et surtout très **sélectif** : il bloque la production d'acide gastrique, ni plus ni moins. Si la stéatorrhée disparaît au cours de cette période d'essai (la selle 'plonge'), il en résulte qu'une hypersécrétion gastrique en est le coupable.

Chez ce patient le test s'est avéré positif, démontrant par la même le niveau de causalité de son problème.

Sa mère, infirmière hospitalière, prend sur le champs rendez-vous chez le gastro-entérologue local qui par habitude passe à l'acte endoscopique : oesophagite par reflux, grade A. Et il continue de conclure : «aucun argument du point de vue interne pour expliquer la fatigue du patient» ...

Mais suite à ce diagnostic d'oesophagite, la prise d'Oméprazole est poursuivie à la posologie standard de 1 x 20 mg par jour.

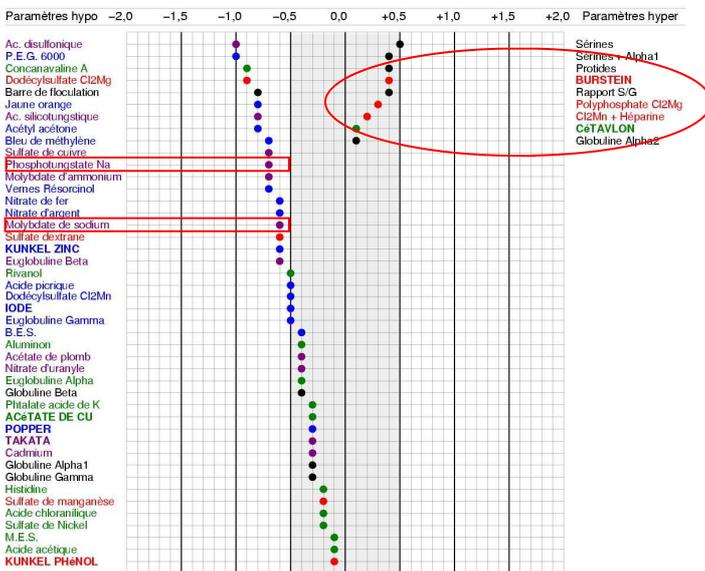
Fin octobre 2005 il vient m'annoncer de manière enthousiaste que par ce seul traitement sa fatigue a nettement diminué. Je décide de continuer l'Oméprazole, mais j'y ajoute les remèdes calculés du bilan :

Biomodulation végétale CHRYSANTHELLUM AMERICANUM	Biomodulation minérale CUPRUM SULFURICUM 5D GTE	Biomodulation aromatique Citrus limon (Citron)
---	--	---

- Chrysantellum americanum TM: 10 gouttes dans un peu d'eau, le matin avant le petit déjeuner (il est remarquable que ce remède soit sélectionné par la grille des remèdes dans les bilans hypo-LP, car Chrysantellum est répertorié comme hypocholestérolémiant !)
- Cuprum sulfuricum D5: 10 gouttes dans un peu d'eau, le soir avant le repas
- H.E. de citron: 1 goutte sur une boulette de mie de pain, le soir après le repas

Le traitement est complété par 1 x 100 mg de Vitamine E et 2 x 1 capsules d'une spécialité Omega 3 par jour, afin de compenser la perte en nutriments gras essentiels.

Deuxième profil protéomique : 16/02/2006



La fatigue est très nettement améliorée. Il considère reprendre ses études et (surtout) le football !

Le bilan a glissé dans le bon sens : l'asymétrie gauche est moins exprimée, les paramètres de la malabsorption remontent la pente, et les paramètres LP se retrouvent à droite.

Je lui propose de mettre progressivement un terme à la prise d'Oméprazole, mais de continuer les

Biomodulation végétale LACTUCA SCARIOLA COLUTEA ARBORESCENS POLYGONUM HYDROPIPER PINUS MONTANA PEUCEDANUM GRAVEOLENS CRATAEGUS OXYACANTHA	Biomodulation minérale CUPRUM SULFURICUM 5D GTE ARGENTUM NITRICUM 6D SILICEA 3D TRITUR PHOSPHORUS TRI-BROMATUS 4D TRITUR CADMIUM BROMATUM 4D GTE NATRUM SELENIUM 4D GTE	Biomodulation aromatique Eugenia caryophyllus clovis (Girofle doux) Citrus sinensis (dattes) (Orange douce (paste)) Zingiber officinale (Gingembre) Citrus limon (Citron) Mentha piperita (Menthe poivrée) Andropogon citratus (Lemongras)
---	---	--

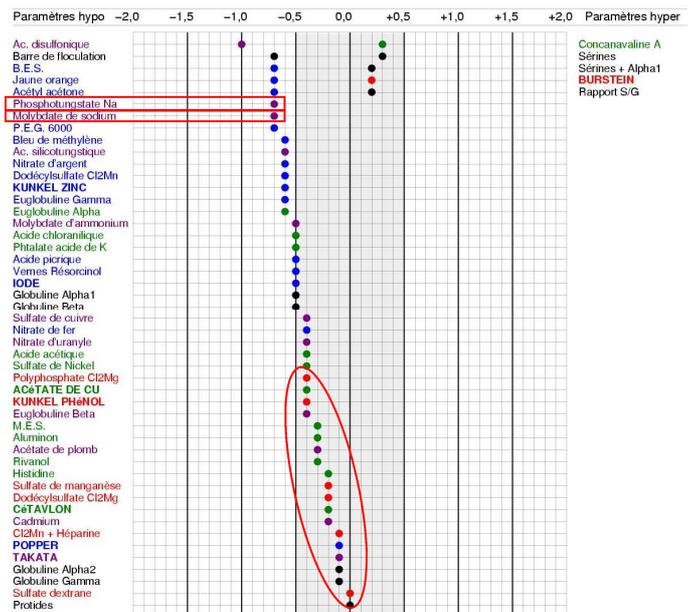
« similia » (c'est-à-dire les remèdes à nouveau proposés par la grille des remèdes) :

- Cuprum sulfuricum D5: 10 gouttes dans un peu d'eau, le soir avant le repas
- H.E. de citron: 1 goutte sur une boulette de mie de pain, le soir après le repas.

Je ne le revois pas avant décembre 2006 avec un récit malheureux au sujet de sa reprise du foot : en mai de cette année il a dû subir une ostéosynthèse pour une fracture compliquée de la cheville. Après 3 mois de repos forcé il peut reprendre l'entraînement mais il s'ensuit une périostite traînante du tibia. D'un point de vue général, il se porte bien; les études et les examens sont satisfaisants. Il n'a pas encore osé arrêter l'Oméprazole. La résorption et le métabolisme lipidique améliorés se mesurent aussi sur la balance : il a pris 5 kg et présente un aspect nettement plus athlétique !

Sa mère m'apprend en février 2007 qu'il y a récurrence de la stéatorrhée quand il interrompt l'Oméprazole. Il se méfie d'arrêter le traitement, d'autant plus que sa condition sportive s'est dégradée suite au problème de la cheville, ce qui l'a forcé à choisir un club de foot de division inférieure.

Troisième profil protéomique : 31/07/2007



Il revient en juillet 2007 avec de bonnes nouvelles : sa condition s'améliore progressivement et les études ne laissent pas trop à désirer (à peine 3 épreuves de repêchage sur 10 ...). Nous faisons un nouveau bilan, qui confirme l'amélioration durable : les LP restent joliment au milieu, les deux paramètres larges Molybdate de soude et Phosphotungstate de soude conservent leurs positions et sont en fait « retournés » au sein du groupe IG (immuno-globulines) : ils ont perdu pour ainsi dire leur caractère LP.

Les lipides sériques ont suivi la même marche :

	23/06/2005	24/07/2007
Cholestérol total	144 mg/dl	174 mg/dl
HDL-cholestérol	45 mg/dl	44 mg/dl
LDL-cholestérol	88 mg/dl	111 mg/dl
Triglycérides	57 mg/dl	97 mg/dl

Il s'obstine néanmoins dans la monothérapie à l'Oméprazole.

Je ne le reverrai qu'un an plus tard en juillet 2008 afin de remettre la question sur le tapis : il a essayé à quelques reprises d'interrompre l'Oméprazole, mais chaque fois il sent sa condition dégrader après quelques semaines et voit la fatigue regagner du terrain.

Ses études ont bien avancé et il s'entraîne (fitness et jogging) tous les jours. Il a été promu à nouveau de division provinciale au national !

A la vérification des remèdes du troisième bilan, les mêmes « similia » surgissent, que je recommande :

- Cuprum sulfuricum D5 : 10 gouttes dans un peu d'eau, le soir avant le repas
- H.E. de citron : 1 goutte sur une boulette de mie de pain, le soir après le repas

Biomodulation végétale	Biomodulation minérale	Biomodulation aromatique
SECURIDACA LONGEPEDUNCULATA FESTUCA ELATIO INULA VISCOOSA COLUTEA ARBORESCENS LAVANDULA VERA ARTEMISIA DRACUNCULUS	NATRUM BROMATUM 4D GTE <u>CUPRUM SULFURICUM 5D GTE</u> ARGENTUM NITRICUM 6D SILICEA 3D TRITUR PHOSPHORUS TRI-BROMATUS 4D TRITUR MANGANUM MURIATICUM 4D GTE	<u>Citrus limon (Citron)</u> Cuminum cyminum (Cumin) Andropogon citratus (Lemongras)

Nous nous entendons de faire un nouveau contrôle du bilan avant d'entamer une stratégie thérapeutique à but définitif, basée sur l'organo- et la sérocytothérapie.

Conclusion:

Je tiens à illustrer par ce récit les possibilités «transfrontalières» du profil de protéomique fonctionnelle.

Je suis persuadé d'une part qu'il ne viendra jamais à l'esprit du confrère classique de traiter une fatigue par un IPP : il s'agit dans ce cas d'une démarche clairement protéomique, inspirée par la configuration et les positions paramétriques; cette stratégie est cependant parfaitement objectivable par les suivis cliniques et biologiques.

Je crains d'autre part que cela fasse grincer des dents les puristes de la voie biologique, en voyant une telle persévérance allopathique ?

Je suis d'avis qu'une approche pragmatique doit pouvoir prévaloir sur le purisme des principes (illustration a contrario de la même obstination : le médecin de famille du patient refuse de lui procurer des ordonnances pour l'Oméprazole, parce qu'il n'en comprend pas le pourquoi...).

Ce cas n'est pas isolé. Une fatigue chronique par déficience LP à base de malabsorption lipidique, causée par hypersécrétion gastrique n'est pas si rare : il suffit de la dépister. Je tiens à reproduire à cette fin le tableau de l'hierarchie des lipoprotéines dont je me sers quotidiennement chez mes patients lorsque je suis amené à leur expliquer l'implication et l'importance des LP.

Auteur : Dr. Sus Herbosch

Hierarchie LP

densité LP	paramètres CEIA	niveau organique	fonction
VHDL	PHENOL	SNC cortex	psychisme inhibition
HDL	Mn SULFATE	SNC souscortex	subconscient contrôle
		SN autonome	fonctions neurovégétatives
		SN périphérique	névrite, douleur
IDL	DDS MgCl ₂	Système vasculaire	distribution
LDL	DEXTR SULFATE		
	POLYPHOSPHATE		
	BURSTEIN	Foie	métabolisme transformation
	NA MOLYBDATE	Intestin	(mal)absorption
	HEPARINE MNCL ₂	Vésicule biliaire	saponification
	NA PHOS TUNGST	Panréas	lipase
VLDL	DDS MnCl ₂	Estomac	triglycérides (hyper)acidité >> bicarbonate pancréatique
		Alimentation	graisse alimentaire

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