

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2010

**MEMOIRE PRESENTE POUR
LA CAPACITE D'ACUPUNCTURE**

PAR

Le Docteur MAURON Vincent

Né le 11/08/1977 à Chaumont

SCLEROSE EN PLAQUES ET ACUPUNCTURE

Vision médicale occidentale et chinoise. Discussion autour de cas cliniques.

Directeur de mémoire : **Docteur Albertine ANTCZAK**

Directeur de l'enseignement : **Professeur Jacques KOPFERSCHMITT**

Enseignant responsable : **Docteur Jean-François MENARD**

Tables des matières

<u>Introduction</u>	p. 6
<u>Première partie. Sclérose en plaques : rappels de Médecine occidentale</u>	p. 7
I. Epidémiologie	p. 8
II. Pathogénie	p. 8
III. Sémiologie	p. 9
IV. Examens complémentaires	p. 9
1. IRM	p. 9
2. Analyse du LCR	p. 10
3. Potentiels évoqués	p. 10
V. Diagnostic positif	p. 10
VI. Diagnostic différentiel	p. 11
VII. Evolution	p. 11
VIII. Traitement	p. 12
1. Traitement de la poussée	p. 12
2. Traitement de fond	p. 13
3. Traitement symptomatique	p. 14
<u>Deuxième partie. SEP : analyse selon la Médecine traditionnelle chinoise et prise en charge acupuncturale</u>	p. 15
I. L'expérience de Mme le Pr Huang Di Jun	p. 16
1. Analyse physiopathologique	p. 16
1.1. Phase de début	p. 16
1.2. Phase moyenne	p. 16
1.3. Phase finale	p. 17
1.4. Synthèse	p. 17
2. Principes thérapeutiques et propositions de points	p. 17
2.1. L'abondance d'Humidité et de Chaleur	p. 17
2.2. L'obstruction des Luo Mai par les Tan et les stases de Xue	p. 18
2.3. Le déficit du Yin du Foie et du Rein	p. 19

2.4. Le vide de Sang du Coeur et du Foie	p. 19
2.5. Le déficit du Yang de la Rate et des Reins	p. 19
3. Conclusion	p. 20
II. L'apport de M. le Pr. Bruno Esposito	p. 20
1. Etiologie	p. 20
2. Pathogénèse	p. 21
3. Synthèse	p. 22
4. Pistes thérapeutiques	p. 22
III. L'approche de Wu Jia Qing, Qiao Guang Quan et de Jin Ze Zhao de l'institut de recherches en Médecine chinoise de Chine	p. 23
1. Etiopathogénie	p. 23
1.1. Atteinte par un Xie Qi	p. 23
1.2. Affaiblissement du Zheng Qi	p. 23
1.3. Perturbations émotionnelles	p. 23
2. Analyse physiopathologique	p. 23
2.1. L'hypotonie	p. 24
2.2. Baisse de la vue, vertiges avec éblouissements, acouphènes	p. 24
3. Tableaux cliniques et propositions thérapeutiques	p. 25
3.1. Envahissement par l'Humidité Chaleur	p. 25
3.2. Obstruction des Luo par les Mucosités Chaleur	p. 26
3.3. Obstruction des Luo par la stagnation du Sang	p. 26
3.4. Vide de Yin du Foie et des Reins	p. 26
3.5. Déficience simultanée du Qi et du Yin	p. 27
4. Conclusion	p. 27
IV. La vision de Yang Zhao Gang de l'institut de Médecine chinoise de la ville de Tian Jin	p. 28
1. Physiopathologie	p. 28
2. Principes thérapeutiques	p. 28
3. Conclusion	p. 29
V. L'analyse de Giovanni Maciocia, complétée par Heiko Lade	p. 29
1. L'analyse de G. Maciocia	p. 29
1.1. Etiologie	p. 29
1.2. Traitement	p. 29

2. L'analyse de Heiko Lade	p. 30
3. Conclusion	p. 31
VI. Les explications de Richard Blackwell et d'Hugh Mac Pherson du Northern College of Acupuncture of United Kingdom	p. 31
1. Facteurs étiologiques	p. 32
2. Différenciation	p. 32
2. 1. Stade 1 : rémission	p. 32
2. 2. Stade 2 : atteinte des méridiens	p. 33
2. 2. 1. Obstruction des méridiens par les Mucosités Humidité	p. 33
2. 2. 2. Invasion par l'Humidité Chaleur	p. 33
2. 2. 3. Notes concernant le deuxième stade	p. 34
2. 3. Stade 3 : atteinte du Foyer médian	p. 34
2. 3. 1. Vide de Qi de la Rate et Humidité Interne	p. 34
2. 3. 2. Vide de Sang du Foie	p. 35
2. 3. 3. Notes à propos du troisième stade	p. 35
2. 4. Stade 4 : vide des Reins	p. 35
2. 4. 1. Vide des Reins	p. 35
2. 4. 2. Atteintes d'autres Zang	p. 36
2. 4. 3. Notes concernant le quatrième stade	p. 36
3. Conclusion	p. 36
VII. Tentative de synthèse et de proposition pratique pour le médecin acupuncteur	p. 37
1. Etiopathologie	p. 37
2. Physiopathologie, principaux Zheng et traitement par acupuncture	p. 38
<u>Troisième partie. SEP et traitement par acupuncture : les études</u>	p. 41
I. De nombreux patients ont recours aux Médecines Alternatives et Complémentaires (CAM)	p. 42
1. Motifs de recours aux CAM	p. 42
2. Place de l'acupuncture	p. 43
3. Conclusion	p. 43
II. L'acupuncture est sûre !	p. 44
III. L'acupuncture comme traitement dans la SEP	p. 44
1. Les études chinoises et asiatiques	p. 45
2. Les études occidentales	p. 45

3. Conclusion	p. 46
IV. Conclusion de la troisième partie	p. 47

Quatrième partie. Présentation de cas cliniques suivis en cabinet libéral de médecine générale et d'acupuncture p. 48

I. Cas clinique numéro 1 : Mme Ma.	p. 49
1. Présentation	p. 49
2. Analyse	p. 49
II. Cas clinique numéro 2 : Mme Mi.	p. 50
1. Présentation	p. 50
2. Analyse	p. 51
3. Apport de l'acupuncture	p. 52
III. Cas clinique numéro 3 : Mme Mo.	p. 54
1. Présentation	p. 54
2. Analyse	p. 55
3. Apport de l'acupuncture	p. 56
4. La lecture du Dr Gilles Andres, président de l'Association Française d'Acupuncture	p. 57
IV. Conclusion de la quatrième partie	p. 58

Conclusion p. 59

Références bibliographiques p. 61

Introduction

La sclérose en plaques (SEP) est une maladie relativement fréquente en France ; les traitements médicamenteux disponibles n'en permettent pas le traitement curatif. Au fil de l'évolution de la pathologie, la qualité de vie des patients est très souvent altérée et les traitements symptomatiques allopathiques ne sont malheureusement qu'une réponse partielle à la dégradation de la situation clinique.

C'est ainsi qu'à l'heure du « boum » des médecines parallèles – ensemble hétéroclite de techniques de soins – un grand nombre de patients se tourne vers d'autres thérapies pour le suivi de leur maladie.

L'acupuncture arrive très souvent en tête des ces nouvelles approches plébiscitées par les malades, sans toutefois être suggérée « officiellement » par les recommandations de traitement des sociétés savantes de neurologie internationales.

Dans le présent travail, nous nous sommes donc interrogés sur le positionnement et l'intérêt de la pratique des aiguilles dans le traitement de cette pathologie grave et invalidante au fur et à mesure de son histoire naturelle.

Ainsi, après quelques rappels de physiopathologie occidentale, nous aborderons la maladie sous l'angle de la médecine chinoise.

En nous appuyant sur une revue de la littérature internationale, nous nous attarderons ensuite sur la place décrite actuellement de l'acupuncture dans le traitement de la SEP.

Enfin dans une quatrième et dernière partie, nous présenterons trois cas cliniques de patients porteurs de la maladie suivis en cabinet libéral de médecine générale et d'acupuncture.

Dr. VINCENT
MAURON



PREMIERE PARTIE

SCLEROSE EN PLAQUES : RAPPELS DE MEDECINE OCCIDENTALE

Acupuncture

Nous allons commencer notre exposé par une rapide présentation de la vision médicale occidentale de la sclérose en plaques.¹⁻²⁻³

I. Epidémiologie

La distribution géographique de la SEP est hétérogène : on dénombre plus de cas dans les régions tempérées que dans les pays tropicaux, en Chine et au Japon.

En France, il s'agit d'une maladie fréquente avec une prévalence estimée à 1/1000 habitants.

Le risque d'apparition de la pathologie est lié à la zone géographique dans laquelle sont passées les 15 premières années de vie.

La SEP débute chez l'adulte jeune et dans 70% des cas entre 20 et 40 ans.

Enfin, il existe une nette prépondérance féminine (2/1).

II. Pathogénie

Les études anatomopathologiques montrent des foyers de démyélinisation (dénommées «plaques») disséminées dans la substance blanche du Système Nerveux Central (SNC), chacune évoluant pour son propre compte et sans traduction clinique la plupart du temps, car situées dans des zones muettes.

La cause première de la SEP reste inconnue.

Plusieurs facteurs sont probablement intriqués :

des facteurs viraux : rougeole, Epstein Barr virus, les rétrovirus...

des facteurs génétiques : rôle de certains groupes HLA, risque plus élevé chez les vrais jumeaux,

des facteurs auto-immuns : spécifiques à la substance blanche, impliquant la réponse humorale (synthèse intrathécale d'immunoglobulines polyclonales) et cellulaire (infiltration des plaques par des cellules T activées et réduction des lymphocytes T8 supresseurs),

et enfin des facteurs environnementaux expliquant alors la différence de prévalence selon les zones géographiques.

III. Sémiologie

La sémiologie de la SEP est très variée du fait de la multifocalité des lésions au sein de la substance blanche.

Les atteintes les plus fréquemment retrouvées sont :

motrices : syndrome pyramidal, syndrome cérébelleux statique et/ou cinétique, syndrome vestibulaire,

sensitives : troubles subjectifs surtout (paresthésies, dysesthésies, signe de Lhermitte, douleurs de type cordonal), syndrome lemniscal,

visuelles : névrite optique rétro bulbaire,

de l'extrémité céphalique : ophthalmoplégie internucléaire, névralgie trigéminal, paralysie faciale centrale ou périphérique,

sphinctériennes : mictions impérieuses, fuites urinaires, dysurie, rétention urinaire, constipation,

sexuelles,

cognitives : syndrome dysexécutif, détérioration,

thymiques : syndrome dépressif, anosodiaphorie,

générales : crises d'épilepsie (aux stades évolués), asthénie.

Les symptômes sont très souvent aggravés par la chaleur : il s'agit du phénomène d'Uhthoff correspondant à des manifestations paroxystiques de durée brève, liées à des phénomènes de membranes (blocs de conduction) et non à la démyélinisation.

IV. Examens complémentaires

1. IRM

L'IRM encéphalique et médullaire se révèle de nature anormale dans plus de 90% des cas. Elle permet de visualiser les plaques sous forme d'hypersignaux T2, FLAIR, et d'hyposignaux T1. Elles sont réhaussées par l'injection de gadolinium lorsqu'elles sont récentes. Dans la majorité des cas dès le premier épisode clinique, ces lésions sont multiples ; elles sont situées dans la substance blanche et prédominent dans les régions périventriculaires, les centres ovaux, le tronc cérébral, le cervelet, et la moelle épinière.

L'IRM a révolutionné le diagnostic de SEP, permettant de confirmer les critères diagnostiques de dissémination dans l'espace et dans le temps des lésions (cf. diagnostic positif). Elle n'est cependant pas du tout spécifique.

2. Analyse du LCR

Bien que n'étant plus obligatoire pour le diagnostic de SEP, la ponction lombaire reste recommandée, notamment pour l'établissement du diagnostic différentiel. Elle peut être normale ou montrer les anomalies suivantes :

une pléïocytose (40% des cas) modérée (5 à 50 éléments blancs/mm³) à prédominance lymphoplasmocytaire,

une hyperprotéïnorrhée (50% des cas) modérée (< 1 g/l),

une synthèse intrathécale d'immunoglobulines définie par un index IgG > 0,70 (50% des cas) et une distribution oligoclonale des IgG (80% des cas).

3. Potentiels évoqués

En cas de défaillance de la clinique couplée à l'IRM, les potentiels évoqués sont utilisés pour démontrer la dissémination dans l'espace en détectant une souffrance infra symptomatique des voies correspondantes.

V. Diagnostic positif

Il n'existe aucun test diagnostique spécifique de la SEP^①.

Le diagnostic positif repose donc sur les critères suivants :

dissémination dans le temps des lésions (au moins deux poussées séparées d'au moins un mois ou évolution progressive sur six mois),

dissémination dans l'espace des lésions (prouvée par la clinique, l'IRM, et/ou les potentiels évoqués),

inflammation chronique du système nerveux central (synthèse intrathécale d'immunoglobulines),

^① Plusieurs marqueurs systémiques sont actuellement en cours d'études.

absence de syndrome inflammatoire systémique (NFS, VS, CRP normales),
absence d'une autre affection susceptible d'expliquer les signes observés.

VI. Diagnostic différentiel

Certaines pathologies peuvent mimer les anomalies cliniques, IRM ou de la composition du LCR retrouvées dans la SEP. Il faut donc les éliminer avant d'affirmer le diagnostic. Ce sont principalement :

les vascularites du SNC : lupus érythémateux disséminé, polyarthrite rhumatoïde, syndrome de Gougerot-Sjögren,
la sarcoïdose,
la maladie de Behçet,
les causes infectieuses neurotropes : maladie de Lyme, HTLV-1, VIH, neurosyphilis,
les adrénoleucodystrophies et les autres maladies démyélinisantes.

VII. Evolution

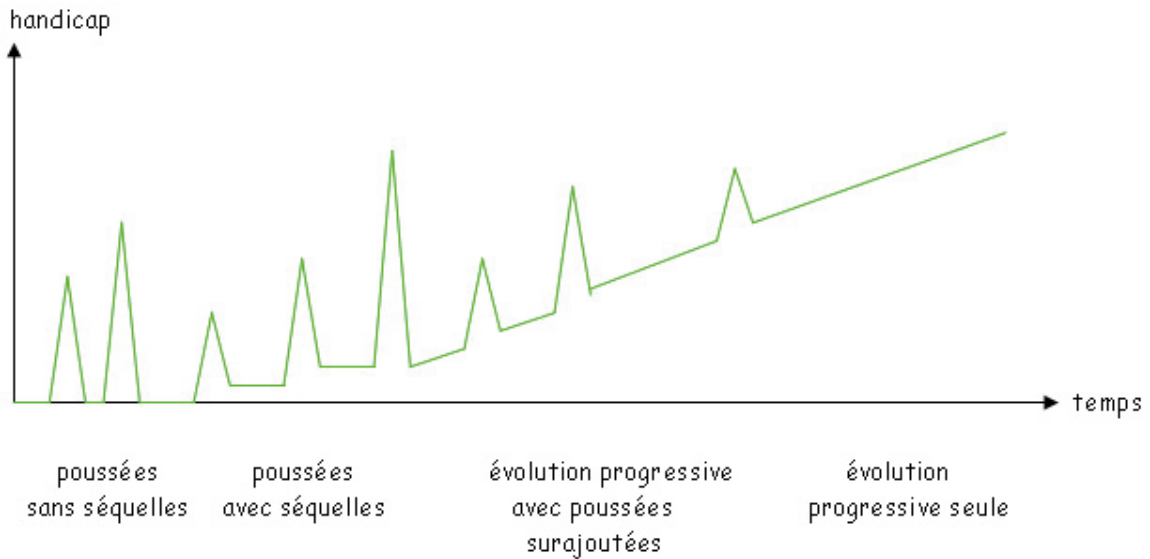
L'évolution par poussées est caractéristique de l'histoire naturelle de la SEP. Une poussée est définie par l'apparition de symptôme(s) neurologique(s) en quelques heures à quelques jours, durant au moins vingt-quatre heures, avec régression totale ou partielle, au moins trente jours après une poussée précédente.

La progression est définie par une aggravation continue des symptômes neurologiques pendant au moins six mois.

On distingue trois formes évolutives :

la forme récurrente-rémittente,
la forme progressive primaire,
et la forme secondairement progressive.

Schéma évolutif le plus fréquent dans la SEP



En moyenne, la marche est perturbée huit ans après le diagnostic, l'utilisation du fauteuil roulant est nécessaire trente ans après celui-ci. L'évolution et le pronostic sont cependant extrêmement variables d'un individu à l'autre. Le sexe masculin, le début tardif, les formes progressives d'emblée, un délai court entre les deux premières poussées, sont des facteurs de mauvais pronostic.

VIII. Traitement

1. Traitement de la poussée

Le traitement de la poussée repose sur les bolus de corticoïdes à forte dose sur une période courte (1g/j de méthylprednisolone pendant trois jours, plus ou moins décroissance rapide) dont la seule efficacité démontrée est la réduction de la durée de la poussée, sans bénéfice sur les séquelles éventuelles. Dans les formes paucisymptomatiques, une abstention thérapeutique peut être proposée.

2. Traitement de fond

Dans les formes récurrentes-rémittentes le traitement de fond repose sur :

les interférons bêta (Avonex®, Bétaféron®, Rebif®) ; ils diminuent de 30% la fréquence des poussées mais ne semblent pas avoir d'effet sur le handicap à long terme ; les principaux effets secondaires sont un syndrome pseudo grippal et une réaction aux points d'injection ;

l'acétate de glatiramère (Copaxone®) qui a les mêmes indications et la même efficacité ;

l'azathioprine (Imurel®) qui est utilisé hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).

Dans les formes secondairement progressives :

l'interféron 1b (Bétaféron®) s'est vu accorder l'AMM mais son efficacité est discutable ;

le méthotrexate est utilisé hors AMM ;

des cures mensuelles de corticoïdes sont proposées par certains auteurs.

Deux nouvelles molécules ont obtenu une AMM pour les formes agressives^① de SEP récurrentes-rémittentes et secondairement progressives. Il s'agit du natalizumab (Tysabri®) et de la mitoxantrone (Eusep®) qui réduisent le nombre de poussées, le niveau de handicap résiduel et le nombre de lésions à l'IRM, mais dont l'efficacité à moyen et long termes sont inconnues.⁴

Dans les formes progressives primaires, aucun traitement n'a fait la preuve d'une efficacité probablement en raison d'une physiopathologie différente.

^① L'agressivité est définie soit

par deux poussées, l'une et l'autre avec séquelles au cours des douze derniers mois, et une nouvelle lésion réhaussée au gadolinium sur l'IRM datant de moins de trois mois ;

ou par une progression de deux points à l'EDSS (Expanded Disability Status Scale, échelle cotée de 0 à 10 chiffrant le handicap induit par la SEP) au cours des douze mois précédents, et une nouvelle lésion réhaussée au gadolinium sur l'IRM datant de moins de trois mois ;

3. Traitement symptomatique

Il s'agit de traiter la spasticité, les douleurs et les paresthésies, l'asthénie et les troubles génito-sphinctériens. La kinésithérapie et l'ergothérapie sont essentiels, tout comme la mise en place de mesures médico-sociales. Pour ce qui concerne la prévention, il est recommandé d'éviter les ambiances chaudes et humides (sauna...) et de se prémunir contre les infections virales communes qui majorent le risque de nouvelle poussée.

Dr. VINCENT
MAURON 
Acupuncture

Dr. VINCENT
MAURON



DEUXIEME PARTIE

SEP : ANALYSE SELON LA MEDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE ET PRISE EN
CHARGE ACUPUNCTURALE

Acupuncture

Après ces brefs rappels de Médecine occidentale, intéressons nous maintenant à la vision et à l'interprétation séméiologique de la SEP par la Médecine traditionnelle chinoise.

La recherche bibliographique menée en vue de la réalisation de notre travail nous a permis de mettre à jour plusieurs sources analysant la maladie au travers du prisme de cette Médecine et de celui de l'acupuncture.

Nous présenterons donc successivement ces différentes études pour ensuite réaliser une brève synthèse en guise de conclusion.

I. L'expérience de Mme le Pr.Huang Di Jun⁵

Cette praticienne renommée de la province du Si Chuan exerce depuis plus de 40 ans à l'institut de Médecine chinoise de la ville de Cheng Du.

Elle est spécialisée dans le traitement des «Yi Nan Zheng» (lit. maladies difficiles et suscitant des interrogations) et dans un article paru en 2006 au sein de la revue chinoise « clinique d'acupuncture et moxibustion », elle nous livre son expérience dans l'analyse et le traitement de la SEP.

1. Analyse physiopathologique

Tout d'abord le Pr Huang, qui intègre la SEP dans le cadre des Wei Zheng (syndromes «d'amyotrophie»), en distingue trois phases évolutives.

1. 1. Phase de début

Cette première phase correspond à un syndrome de type plénitude, marqué par une abondance d'Humidité et de Chaleur, associée à une obstruction des Luo Mai par des Tan ainsi que par des stases de Xue.

1. 2. Phase moyenne

Pendant cette phase la maladie évolue lentement et le Zheng Qi est atteint. L'obstruction par les Tan et par les stases de Xue demeure toutefois prédominante.

L'auteur analyse donc cette phase comme un syndrome de plénitude associé à un syndrome de déficience.

1. 3. Phase finale

Au cours de cette période, la déficience des cinq Zang est dominante et l'obstruction devient secondaire. Il s'agit donc d'un syndrome de déficience associé à un syndrome de plénitude.

1. 4. Synthèse

La Chaleur Humide se rencontre au tout début de la maladie ou lors d'une poussée, mais l'obstruction des Luo Mai par les Tan et les stases est présente tout au long de l'évolution. La déficience des Organes est progressive, et le déclin du Zheng Qi conditionne la survenue de nouvelles agressions, source de nouvelles poussées.

2. Principes thérapeutiques et proposition de points

L'auteur de l'article propose cinq grands cadres thérapeutiques calqués sur la physiopathologie, associés à une «formule de base» de traitement reposant sur le principe «traiter le Wei Zheng uniquement par la prise des Yang Ming»^①.

Voici sa prescription de base :

11GI, 4GI, 9 RP et Xi San Li (Lit. le nouveau **Zu San Li**), point situé au milieu de la ligne reliant le **36E** et le **34VB**.

Détaillons maintenant les cinq grandes orientations thérapeutiques différentes.

2. 1. L'abondance d'Humidité et de Chaleur

Cette situation s'observe à la phase de début de la maladie ou au cours d'une poussée et reflète un état de plénitude. Elle est caractérisée cliniquement par une fièvre ou un fébricule en fin d'après midi, une soif, des urines foncées, un enduit lingual jaune et gras, un pouls mou et rapide.

Le traitement consiste à éliminer la Chaleur et l'Humidité, à désobstruer les Méridiens et à activer la circulation dans les Luo Mai.

A la formule de base, il faut donc ajouter : **34E, 40VB, 43VB et 44E**.

^① Les Jing Mai Shou Yang Ming et Zu Yang Ming contrôlent la Chair (Su Wen Chap. 30,) et sont ceux dans lesquels le Qi et le Sang abondent. D'autre part, leurs déficiences provoquent le relâchement des tendinomusculaires. (Su Wen chap..44). Pour traiter le Wei Zheng, il conviendra donc de tonifier les Yang Ming afin d'apporter le Qi et le Sang nécessaires à la nutrition et à l'humidification des tendinomusculaires.

En fonction des signes associés, on peut associer :

20VB, Tai Yang et **3F** pour les troubles visuels,

PC 29 (groupe de 4 points situé au niveau du vertex, à un Cun en avant, en arrière, à gauche et à droite du **20DM**) pour les vertiges,

6MC pour les sensations de gêne à la poitrine,

27V pour les selles non moulées et les urines foncées.

Des ventouses^① aux niveaux des **18V** et **25V** sont également recommandées.

2. 2. L'obstruction des Luo Mai par les Tan et les stases de Xue

On observe alors troubles visuels, vertiges, monoplégie, hémiplegie, engourdissements, sensation d'inconfort de la gorge avec expectoration difficile, crachats soit jaunes et épais, soit blancs et épais, selles noires, langue pourpre avec signes de stase de Xue et un enduit fin et gras.

Le traitement consiste à éliminer les Tan, activer la circulation du Qi et du Sang, et désobstruer les Luo Mai.

En sus de la formule de base il faut associer : **40E, 5TR, 8RP** et **17RM**.

Encore une fois, en fonction des signes cliniques, on peut ajouter :

16DM et **23RM** pour la dysarthrie,

pour la paralysie du membre supérieur : **15GI, Zhi Tan Xue 1** et **2** (lit. point traitant la paralysie numéro 1 et 2) respectivement situés au centre du muscle deltoïde et au milieu de la ligne reliant **3MC** à **7MC**,

pour la paralysie du membre inférieur : **Mai Bu** (lit. enjambée) point nouveau situé à 2,5 Cun au-dessus du **31E** et **Zhi Tan Xue 3**, autre point nouveau situé à 3 Cun au-dessus du milieu du bord supérieur de la rotule,

pour la déformation du pied en varus (plénitude latérale et vide médial de la jambe) :

6Rn en tonification et **62V** en dispersion,

pour la déformation du pied en valgus (plénitude médiale et vide latéral de la jambe) :

6Rn en dispersion et **62V** en tonification.

Des ventouses peuvent être placées au niveau de **18V** et de **20V**.

^① *L'auteur ne précise pas pourquoi elle s'adresse aux points Shu du dos avec des ventouses plutôt qu'avec des aiguilles.*

2. 3. Le déficit du Yin du Foie et du Rein

Ce double Vide s'observe lors de la progression de l'évolution de la SEP. Il est caractérisé par une parésie ou même une paralysie des quatre membres, une douleur et une faiblesse des lombes et des genoux, des vertiges, des acouphènes, une sécheresse de la bouche et de la langue qui est rouge avec peu d'enduit, et un pouls fin et rapide.

Le traitement vise à accroître le Yin du Foie et des Reins, activer la circulation du Sang et désobstruer les Luo Mai.

En association à la formule de base, voici la proposition de l'auteur : **6RP, 3Rn, 4DM, 3RM** et **3F**.

En fonction des signes annexes on pourra ajouter :

4E et **6E** pour la déviation de la tête et des yeux,

57V et **60V** pour l'impossibilité de rester debout.

18V et **23V** pourront être également traités par l'application de ventouses.

2. 4. Le vide de Sang du Cœur et du Foie

Cette double déficience s'observe également au cours de la progression de la maladie. Elle est caractérisée par des tremblements des membres, des acouphènes, un excès d'activité onirique, des crises d'angoisse fréquentes, des selles sèches, une langue pâle avec un enduit en petite quantité, un pouls fin, rapide et sans force.

Il faudra alors nourrir le Sang, accroître le Yin, activer la circulation du Sang et désobstruer les Luo Mai.

Outre la formule de base, Mme le Pr. Huang propose un groupe de points dénommé **Wu Xin Xue** (lit. les cinq points du Cœur) et qui comprend **20DM, 8MC** et **1Rn**.

A ces derniers points, elle associe **15V, 18V** et **36E**.

Enfin, elle suggère l'application de ventouses aux niveaux de **14DM** et de **8DM**.

2. 5. Le déficit du Yang de la Rate et des Reins

Il s'agit du troisième tableau que l'on peut rencontrer lors de l'évolution de la SEP. Il est reconnaissable par une ptose des paupières, une baisse de l'acuité auditive, une dysarthrie, une dysphagie, des vertiges, une absence d'envie de parler par manque de souffle, une frilosité avec des membres froids, une polyurie, une langue rouge foncée avec un enduit blanc et lisse, un pouls profond et sans force.

La prise en charge acupuncturale veillera à réchauffer et à tonifier la Rate et l'Estomac, et à désobstruer les Luo Mai.

Aux quatre points de la formule première, l'auteur propose d'ajouter **20DM, 1Rn, 36E, 6RM** ou **4RM**.

La ptose des paupières conduit Mme le Pr Huang à ajouter **2V, 14VB** et **20VB**

On pourra également chauffer avec des petits cônes de moxa **20V, 23V, et 4VG**.

3. Conclusion

Le Pr. Huang accorde une grande importance dans l'étude de la SEP à la différenciation des syndromes physiopathologiques afin de structurer son traitement. L'interrogatoire et l'examen clinique permettront de «classer» un malade au sein d'un de ces cadres thérapeutiques, sachant qu'en pratique courante ces syndromes sont bien souvent enchevêtrés.

Il est intéressant également de découvrir la description de nouveaux points, mais malheureusement leurs potentiels thérapeutiques particuliers ne sont pas développés dans le présent article.

Enfin, l'auteur préconise d'associer la pharmacopée chinoise dans les cas «graves», et sur le plan préventif, de «maintenir le Qi correct» à l'intérieur.

Acupuncture

II. L'apport de M. le Pr. Bruno Esposito⁶

Le Pr Esposito, chirurgien général, anesthésiste réanimateur et membre du collège italien d'acupuncture et de moxibustion, nous présente dans un article publié en 1999 sa vision de l'étiopathogénie de la SEP.

1. Etiologie

Tout comme l'auteur précédent, le Pr. Esposito classe la SEP au sein du grand chapitre des syndromes Wei.

Il distingue deux étiologies principales à cette maladie démyélinisante :

tout d'abord une agression par un Vent Froid ou un Vent Chaleur, affectant en premier lieu le Yin du Poumon,

et deuxièmement, un excès d'Humidité qui entrave la circulation du Qi et du Sang dans les méridiens et les vaisseaux secondaires.

L'auteur, à qui cette classification apparaît comme incomplète, nous propose toutefois une autre analyse de la pathogénèse en introduisant le concept d'Energie perverse latente.

2. Pathogénèse

L'Energie perverse latente serait la conséquence d'une élimination incomplète par le Souffle de défense (Wei Qi) d'une Energie perverse externe (Xie Qi).

En cas d'insuffisance de Wei Qi, le Pervers ne peut être expulsé complètement hors du corps. Le Xie va donc rester comme emprisonné dans l'organisme, situation qui à terme conduira à la formation d'une Humidité latente.

Dans le cas d'une nouvelle agression par une Energie perverse externe (dénommée alors Zie feng ou Vent Pirate), cette humidité quiescente deviendra alors pathogène et sera à l'origine d'une maladie du type de la SEP.

L'auteur souligne donc une double analogie avec la pathogénie occidentale :

la première concerne l'hypothèse d'un mécanisme auto-immun dans la genèse de la SEP. Le couple Xie Qi/Wei Qi à l'origine de l'Humidité latente serait le complexe antigénique susceptible de déclencher la réaction auto-immune lors de sa rencontre avec Zie Feng ;

la seconde rejoint l'importance de se prémunir contre les infections virales banales (illustrant donc le rôle de Zie feng), celles ci augmentant significativement le risque de déclencher une poussée.

L'Humidité, Energie perverse de la Terre et de la Rate endommage le Jing Qi. Elle nuit donc également au Rein qui est le dépositaire de l'Essence.

Or, outre son rôle de rassemblement du Jing des cinq Zang, le Rein participe à la formation et à la nutrition du SNC ; ceci peut donc expliquer le tropisme particulier de l'Humidité latente pour la Moelle et la Mer des Moelles, et par conséquent la pathogénie de la SEP.

L'Humidité perverse latente suivra les mêmes voies énergétiques que celles par lesquelles le Rein distribue le Jing.

Ces voies sont essentiellement au nombre de deux :

la première – interne – circule au travers du canal rachidien par le trajet profond du Zu Shao Yin,

la seconde – externe – empreinte le trajet des méridiens Curieux, principalement celui du Du Mai (DM) et celui du Ren Mai (RM) qui tous deux communiquent avec le cerveau.

Il est par ailleurs intéressant de noter que le premier point du méridien de Vessie, situé au niveau du canthus interne de l'œil, constitue pour le RM et pour une branche secondaire du DM le point d'entrée dans l'Endocrâne. Ceci pourrait expliquer la fréquence de la névrite optique rétrobulbaire, qui, pour environ 30% des cas de SEP, en constitue le symptôme inaugural.

3. Synthèse

Le principal facteur étiopathogénique de la sclérose en plaques serait donc une Humidité perverse latente, devenant pathogène sous l'impulsion d'une nouvelle agression : le Vent Pirate. Cette Humidité au tropisme particulier pour le SNC, emprunterait soit le trajet profond du Zu Shao Yin, soit celui des méridiens Curieux RM et DM, et serait à l'origine des foyers de démyélinisations et des manifestations cliniques caractéristiques de la SEP.

4. Pistes thérapeutiques

Pour conclure, l'auteur nous donne quelques grands principes thérapeutiques s'appuyant sur le développement précédent.

Il propose ainsi de :

tonifier les Reins, et en particulier le Jing,

métaboliser l'Humidité latente,

et de tonifier le Zu Yang Ming et donc indirectement l'Énergie des Reins («l'Estomac est la porte des Reins»).

Il suggère également le recours à la crâniopuncture, et de s'adresser aux méridiens Curieux.

III. L'approche de Wu Jia Qing, Qiao Guang Quan et de Jin Ze Zhao de l'institut de recherches en Médecine chinoise de Chine^①

Ces trois auteurs s'appuyant sur un ouvrage intitulé «études sur les maladies du cerveau en Médecine chinoise», classent également la SEP au sein du syndrome Wei.⁷

1. Etiopathogénie

Du point de vue de son étiologie, la SEP serait en relation avec trois facteurs principaux.

1. 1. Atteinte par un Xie Qi

Il s'agit essentiellement de la Chaleur Humidité qui entrave le bon fonctionnement des tendinomusculaires. Apparaissent alors contractures et hypotonie des membres. Ce mécanisme déclenchant serait le plus important d'après les auteurs.

1. 2. Affaiblissement du Zheng Qi

Les maladies chroniques épuisent le Qi correct et perturbent le fonctionnement des 5 Zang. Le Qi et le Sang ne sont alors plus suffisamment produits pour nourrir le cerveau et les tendinomusculaires.

1. 3. Perturbations émotionnelles

Elles entraînent une stagnation du Qi et du Sang et à sont l'origine d'une mauvaise nutrition des tendinomusculaires.

2. Analyse physiopathologique

Devant la fréquence de leurs occurrences, certains symptômes particuliers sont étudiés plus en détail dans l'analyse physiopathologique.

^① *Cet institut installé à Pékin, est l'un des plus prestigieux en matière de recherche en médecine chinoise.*

Il s'agit de l'hypotonie et des vertiges avec éblouissements accompagnés de baisse de la vue et d'acouphènes.

D'un point de vue plus global, les auteurs soulignent le fait que quel que soit le mécanisme étiopathogénique, la maladie devenue chronique épuise les Reins. L'Essence devient alors insuffisante avec pour conséquence une mauvaise alimentation de la «Mer des Moelles». Les auteurs mettent donc en lumière l'étroite relation entre la SEP, le cerveau et les Reins.

2. 1. L'hypotonie

Lors de la phase initiale de la maladie, l'Humidité Chaleur externe peut être source de dysfonctionnement par deux mécanismes différents.

Tout d'abord elle peut léser directement le cerveau et la moelle en induisant une obstruction de la circulation du Qi et du Sang. Il s'en suit alors une perte de fonctionnalité du SNC à l'origine des troubles.

Par ailleurs, en perturbant la fonction de diffusion des Jin Ye par le Qi, l'Humidité Chaleur peut s'avérer être le *primum movens* de la formation des Tan. Celles-ci, devenues Pervers secondaires, bloquent à leur tour la circulation du Qi et du Sang empêchant alors la nutrition des tendinomusculaires provoquant ainsi hypotonie et contractures.

A la phase chronique de la maladie les agents pathogènes disparaissent et Yuan Qi s'épuise.

Cette déficience est source d'une mauvaise circulation du Qi et du Sang, ce qui perturbe alors la nutrition des membres avec pour corollaire l'apparition de l'hypotonie.

Parallèlement, la Chaleur peut blesser le Yin du Foie et des Reins, ce qui conduit au vide de Jing. Les tendinomusculaires, les Chairs et les Moelles ne sont alors plus assez nourries, et il en résulte contractures, hypotonie et amyotrophie.

2. 2. Baisse de la vue, vertiges avec éblouissements, acouphènes

Les auteurs décrivent trois mécanismes à l'origine de ces troubles rencontrés au cours de la SEP.

Premièrement l'Humidité Chaleur entraîne une obstruction du Foyer médian par les Tan. Le Yang clair^① ne peut alors plus monter nourrir les yeux ce qui entraîne une baisse d'acuité visuelle. Secondairement cette obstruction empêche la descente des éléments impurs.

^① Le Yang clair est celui qui permet à l'homme d'avoir une perception sensorielle normale et une juste clarté d'esprit.

Ceux-ci refluent et troublent les Orifices clairs^② d'où les vertiges avec éblouissement et acouphènes.

Le second mécanisme est le vide de Sang engendré par le vide de Yuan Qi. Les yeux et le cerveau ne sont alors plus assez nourris ce qui conduit à l'apparition des vertiges avec éblouissement et acouphènes.

Enfin le vide d'Essence des Reins, par la mauvaise nutrition de la Mer des Moelles qu'il entraîne, concourt à l'apparition de vertiges. De plus, le vide de Yin du Foie peut donner naissance à un Vent Interne qui peut alors monter troubler les orifices clairs et à son tour provoquer des vertiges.

3. Tableaux cliniques et propositions thérapeutiques

Il est intéressant de constater que l'équipe du centre de recherche de Pékin utilise le même découpage syndromique que le Pr Huang (Cf. § 1.2).

Nous retrouvons donc cinq grands tableaux physiopathologiques très proches que ceux déjà décrits. Toutefois, l'article abordant essentiellement la phytothérapie, les propositions thérapeutiques acupuncturales sont moins étoffées.

3. 1. Envahissement par l'Humidité Chaleur

Sur le plan clinique on observe : une hypotonie (notamment des deux membres inférieurs), un engourdissement des extrémités, une fièvre, une lourdeur du corps avec teint jaune, des oedèmes modérés, une sensation de gêne au niveau gastro-thoracique, une dysurie avec brûlure, douleur et urines foncées, un pouls mou et rapide et un enduit lingual jaune.

Sur le plan thérapeutique, il faut éliminer la chaleur et l'Humidité, et seuls **9RP** et **20V** sont cités.

^② *Qing Qiao en Chinois : ce terme désigne les 7 orifices sensoriels : bouche, fentes palpébrales, fosses nasales, conduits auditifs externes.*

3. 2. Obstruction des Luo par les Mucosités Chaleur

La clinique associe une fièvre, une hypotonie des membres ou une hémiparésie avec engourdissement survenu brusquement après la fièvre, une soif sans envie de boire, une aphasie, des crachats jaunes et visqueux, un enduit lingual jaune ou jaune et gras, un pouls glissant et rapide.

Rafrâchir la Chaleur, éliminer les Mucosités, ouvrir les orifices et désobstruer les ramifications sont les principes thérapeutiques pour répondre à ce tableau.

Seuls **5P** et **13V** sont cités sur le plan acupunctural.

3. 3. Obstruction des Luo par la stagnation du Sang

Sont décrits une hypotonie des 4 membres, un engourdissement des extrémités, des lèvres violettes, une langue bleue, des spasmes avec douleur, des douleurs ponctives, et un pouls rugueux.

Il faudra accroître le Qi, tonifier le Sang et activer sa circulation, et désobstruer les ramifications.

10RP et **3F** sont proposés.

3. 4. Vide de Yin du Foie et des Reins

Les signes cliniques sont les suivants : hypotonie des quatre membres avec grande difficulté à rester longtemps debout voire une marche impossible, une amyotrophie des jambes, une douleur et une faiblesse des genoux, des vertiges avec éblouissement, une sécheresse de la gorge, des acouphènes, une spermatorrhée ou une incontinence urinaire, une langue rouge avec peu d'enduit, et un pouls fin et rapide.

Il conviendra de nourrir le Yin du Foie et des Reins et de rafraîchir la Chaleur.

Les auteurs citent **18V**, **23V**, **39VB** et **34VB**.

3. 5. Déficience simultanée du Qi et du Yin

Il s'agit d'un tableau caractérisé au plan clinique par : une hypotonie des membres avec amyotrophie, des palpitations, une dyspnée, une lassitude mentale avec asthénie, un manque de souffle avec désir de se taire, un enduit lingual fin, blanc et sec, et un pouls fin et faible.

Seuls sont proposés **3Rn** et **9P** afin de reconstituer et accroître le Qi et le Yin.

Quel que soit le Zheng considéré, le traitement de l'hypotonie fait appel aux points de Shou Yang Ming et de Zu Yang Ming^① ; ainsi, pour l'atteinte des membres supérieurs sont proposés : **15GI, 11GI, 4GI**, et **5GI** ; pour les membres inférieurs : **31E, 34E, 36E** et **41E**.

4. Conclusion

Les auteurs de l'article étudié analysent donc la SEP comme une maladie causée essentiellement par l'agression d'une Humidité Chaleur externe. Celle-ci va entraîner au fur et à mesure de l'évolution une blessure de l'Interne, principalement aux dépens des Reins et de l'Essence.

Tout comme le Pr Huang, les auteurs décrivent plusieurs cadres cliniques et physiopathologiques afin de systématiser le traitement. Encore une fois plusieurs tableaux pouvant être entremêlés chez un même patient, il conviendra d'administrer à chaque malade une thérapeutique particularisée.

^① Cf. note page 17

IV. La vision de Yang Zhao Gang de l'institut de médecine chinoise de la ville de Tian Jin⁸

Dans un article publié dans la revue d'acupuncture et moxibustion de Shanghai l'auteur nous présente une explication de la physiopathologie de la sclérose en plaques. Il aborde ensuite quelques pistes de traitement, mais il ne décrit pas d'hypothèse étiologique.

1. Physiopathologie

Le modèle global est celui d'un double vide de Yin du Foie et des Reins, associé à une diminution du Qi et du Sang :

Le vide de Yin du Rein s'accompagne d'un vide de Jing qui mène à une mauvaise nutrition de la Mer des Moelles, causant alors les vertiges. D'autre part, le vide de Yin est également source d'un Feu vide qui monte harasser le cerveau, ce qui aggrave les vertiges.

Le vide de Yin du Foie conduit à une mauvaise nutrition des yeux, ce qui génère les troubles visuels.

Au fur et à mesure de l'évolution, le vide de Yin de Rein induit un vide de Yang de Rein ce qui explique la frilosité, les extrémités froides et l'incontinence urinaire.

Le double vide de Yin du Foie et des Reins crée une Chaleur vide qui consume les Liquides Organiques, entraînant alors des troubles de la nutrition des tendinomusculaires.

Enfin le vide de Qi et de Sang qui s'installe au cours de l'évolution de la maladie potentialise ces désordres énergétiques et concourt à l'installation du Wei Zheng.

2. Principes thérapeutiques

Aux vues de la physiopathologie décrite *supra*, il conviendra donc de renforcer les os et les tendinomusculaires, de nourrir le Sang et d'éclaircir la vue, et enfin d'accroître le Yin du Foie et des Reins.

Les points principaux cités sont les suivants : **18V, 23V, 6RP, 3Rn, 20DM** et **23 DM**.

Ensuite, suivant les troubles associés, l'auteur nous livre d'autres points :

pour les troubles de l'humeur : **7C, 6MC, PC 29**,

pour la dysarthrie, la paralysie des cordes vocales, la paralysie pseudo-bulbaire : **20VB, 23 RM, PC43** (groupe de deux points, de part et d'autre du frein de la langue, au niveau des veines ranines) en saignée,

pour la névrite optique rétrobulbaire : **1V, PC 4** (à la jonction du quart latéral et des trois quarts médians du bord inférieur de l'orbite), **37VB**,

pour les troubles moteurs et sensitifs : **2E, 4E, 6E, 7E, 32E, 36E, 40E, 14VB, 30VB, 34VB, 4GI, 10GI, 11GI, 14GI, 15GI, 20GI, 1C** et **54V** (remarquons là encore l'importance des points de l'axe Yang Ming).

3. Conclusion

Yang Zhao Gang analyse la SEP grâce à des grands modèles de déséquilibres impliquant essentiellement le Foie et le Rein, et considère cette pathologie comme faisant également partie des Wei Zheng. Dans le même article, il présente de surprenants résultats thérapeutiques (*cf.* partie troisième) !

V. L'analyse de Giovanni Maciocia, complétée par Heiko Lade⁹

Praticien Néo-Zélandais, Heiko Lade, dans un article paru dans le journal de Médecine Orientale du Pacifique, reprend et étoffe l'analyse de la SEP faite par G. Maciocia.

1. L'analyse de G. Maciocia

1. 1. Etiologie

L'auteur décrit quatre principaux facteurs déclenchants.

Il s'agit de :

l'invasion par une Humidité Externe,

l'excès d'aliments gras, frits, et froids qui perturbe les fonctions de la Rate avec production d'une Humidité Interne,

les abus sexuels, source d'épuisement des Reins et du Foie,

et enfin le rôle d'un choc émotionnel qui affecte le Qi du Coeur et de la Rate.

1. 2. Traitement

En ce qui concerne son approche thérapeutique, il distingue deux grands cadres nosologiques et propose les points correspondants :

Vide de Rate avec Glaires Humidité : **12RM, 20V, 9RP, 6RP, 40E.**

Double Vide de Foie et des Reins : **3Rn, 4RM, 23V, 6RP, 8F, 18V.**

Il évoque également l'usage de points locaux afin de lutter contre l'obstruction des méridiens. Ainsi, on retrouve au membre supérieur : **5GI, 10GI, 11GI, 3TR, 5TR, 14TR**, et **3IG** ; au membre inférieur : **29VB, 30VB, 31VB, 34VB, 39VB, 40VB, 31E, 32E, 36E, 41E, 40V, 57V, 60V.**

Au niveau du dos, il indique plusieurs points du DM en conseillant d'y associer la puncture des points Hua Tuo Jia Ji correspondants : **3DM, 12DM, 14DM**, et **20DM.**

Dans les formes évoluées, en cas de stase de Xue, il propose d'ajouter **17V** et **10RP**. En cas de Vent du Foie avec troubles visuels, il indique **3F** et **20VB.**

Enfin, il souligne également la possibilité de s'adresser aux méridiens Curieux :

Dai Mai : **41VB** gauche pour un homme, et **41VB** droit chez une femme, **5TR** du côté opposé.

Du Mai : **3IG** gauche chez l'homme, et **3IG** droit chez la femme, avec **62V** également du côté opposé.

Ren Mai : formule de quatre points à piquer dans un ordre précis chez une femme : **3IG** droit puis **62V** gauche, puis **7P** gauche, et enfin **6Rn** droit.

Disperser Yin Qiao Mai et tonifier Yang Qiao Mai en cas de raideur et contractures des muscles de la face médiale du membre inférieur : **62V⁺** et **6Rn⁻**.

Disperser Yang Qiao Mai et tonifier Yin Qiao Mai en cas de raideur et contractures des muscles de la face latérale du membre inférieur : **62V⁻** et **6Rn⁺**.

2. l'analyse de Heiko Lade

Cet auteur reprend les hypothèses étiopathogéniques de G. Maciocia, et décrit de plus une théorie étiologique complémentaire basée sur les méridiens Curieux.

Tout d'abord, il revient sur l'utilisation des méridiens Extraordinaires suggérée par le Nan Jing : cet ouvrage préconise de s'adresser aux Curieux afin d'y détourner un facteur pathogène externe pour en favoriser son élimination.

Ensuite, H. Lade nous rappelle le lien étroit qui existe entre ces méridiens et le Jing, et leurs capacité à mobiliser l'Essence en cas de choc ou de besoin énergétique important.

Pour expliquer la survenue d'une maladie telle que la SEP, il suggère donc la possibilité d'une élimination incomplète d'un agent pathogène qui resterait alors quiescent au sein de la circulation énergétique Extraordinaire. Ultérieurement, à la faveur d'un besoin important de Jing ou de la survenue d'un choc, la mobilisation de l'Essence via les Curieux permettrait à ce Xie de redevenir pathogène, et ainsi conduire à l'apparition d'une maladie démyélinisante. L'auteur termine son développement en incriminant le virus de la rougeole comme étiologie principale. Au décours de la primo-infection le virus plongerait en profondeur par la voie du Chong Mai et resterait quiescent dans l'organisme sous la forme d'une Energie perverse latente. En cas de forte mobilisation d'Energie ou de besoin de Jing, cette Energie quiescente serait mobilisée via les méridiens Curieux. Elle deviendrait alors pathogène et serait la cause de la sclérose en plaques.

On retrouve donc une similitude d'approche avec celle proposée par le Pr Esposito, qui lui aussi incrimine comme facteur étiologique de la SEP une Energie perverse latente circulant par les méridiens Curieux (Cf. § II.2). D'autre part, les cas décrits de SEP dans les suites d'une vaccination contre l'hépatite B pourraient peut être répondre à ce mécanisme de facteur pathogène introduit dans la circulation énergétique profonde de l'organisme.

3. Conclusion

Ces deux auteurs nous apportent une lecture de la SEP qui reprend à la fois une approche syndromique, et une tentative de lien avec l'étiopathogénie occidentale.

Cependant, la piste morbilleuse est bien plus une hypothèse personnelle qu'une synthèse solide des textes anciens et des données scientifiques modernes^①.

VI. Les explications de Richard Blackwell et d'Hugh Mac Pherson du Northern College of Acupuncture of United Kingdom¹¹

Ces deux praticiens classent également la SEP dans la catégorie des maladies appartenant au syndrome Wei.

^① *Hypothèse probablement sous tendue par l'existence de taux sériques d'Ac anti-rougeole plus élevés chez les patients porteurs de SEP, et de l'existence de la panencéphalite subaigüe sclérosante pouvant se déclarer des années après la primo-infection morbilleuse.*¹⁰

Ils proposent plusieurs facteurs étiologiques et systématisent l'évolution de la maladie selon quatre stades de gravité croissante permettant d'orienter le traitement par acupuncture.

1. Facteurs étiologiques

Ils dénombrent neuf facteurs importants :

pénétration d'une Humidité Externe,
chaleur endommageant le Qi de l'Estomac et de la Rate,
surmenage qui affaiblit le Qi de la Rate et le Jing des Reins,
excès de nourriture grasse qui génère de l'Humidité,
excès d'alcool et de nourriture épicée, source d'Humidité Chaleur,
surmenage sexuel qui affaiblit les Reins,
traumatisme qui blesse les méridiens et diminue le Qi et le Jing,
choc qui affaiblit le Qi et le Jing,
iatrogénie induite par les corticostéroïdes qui épuisent les Reins, et par les myorelaxants qui augmentent l'Humidité.

2. Différenciation

Ces auteurs proposent donc une analyse en quatre stades différents de la maladie, de la rémission au vide des Reins. En dehors de l'intérêt thérapeutique, cette classification permet également de situer le patient et de juger plus facilement de la progression de sa maladie. Le retour à un stade précédent constitue bien évidemment une amélioration, alors que la progression au stade suivant suggère une aggravation du processus morbide. C'est ainsi qu'ils formulent qu'un retour à un stade antérieur serait considéré par la Médecine occidentale comme une rémission spontanée, alors qu'il s'agirait du point de vue de la Médecine chinoise d'une récupération partielle du Zheng Qi.

2.1. Stade 1 : rémission

Cette situation concerne les patients porteurs d'une SEP confirmée mais qui ne présentent aucun symptôme.

La conduite à tenir vise donc à offrir un traitement préventif, et des conseils d'hygiène de vie (repos, nourriture, éviter le surmenage...). Au point de vue acupunctural, il faut soutenir le Zheng Qi en tonifiant la Rate et l'Estomac.

2. 2. Stade 2 : atteinte des méridiens

Ce stade est caractérisé par la présence d'un facteur pathogène au sein des méridiens. Les deux Energies pathogènes les plus fréquemment incriminées seraient : l'Humidité Chaleur, et les Mucosités Humidité^①.

D'un point de vue clinique, ces deux situations sont dominées par des signes de Plénitude.

2. 2. 1. Obstruction des méridiens par les Mucosités Humidité

Sur le plan de la pathologie, l'Humidité s'accumule pour former des Mucosités qui obstruent les méridiens ; ainsi les muscles, la tête et les yeux ne sont plus correctement nourris par le Qi et le Sang.

Il s'en suit alors fatigue, lourdeur, engourdissement des bras, des jambes, des mains ou des pieds ; extrémités froides ; douleurs des épaules et du dos ; vertiges, vision double ou trouble ; langue présentant un enduit blanc et gras ; un pouls glissant, parfois fin ou vide.

Au niveau de la thérapeutique il faut transformer les Mucosités Humidité, tonifier le Yang et drainer les méridiens. Voici les propositions des auteurs :

points généraux : **12RM, 40E, 6RP, 36E, 9 RP, 20V** ;

vertiges : **8E, 20DM** ;

vision trouble : **8E, Taiyang, 2V, 23TR** ;

drainer les méridiens :

au membre supérieur: **4-10-11-15GI, 5TR, 3IG** ;

au membre inférieur: **31-32-36-41E, 30-31-34-39-40VB, 32-40-54-60V**.

2. 2. 2. Invasion par l'humidité Chaleur

L'Humidité Chaleur envahit et obstrue les méridiens, ce qui engendre comme symptômes : membres inférieurs faibles, engourdis et/ou enflés ; sensation de corps lourd ; sensation d'avoir les pieds et les membres chauds ; douleurs articulaires ; symptômes aggravés par la chaleur ; parfois fièvre légère, urines foncées avec mictions fréquentes et urgentes ; sensation de manquer d'air et oppression de l'épigastre ; langue avec un enduit jaune et gras; un pouls rapide et glissant.

^① *Il existe des divergences sur l'origine de ces deux facteurs pathogènes. Toutefois les textes chinois disent avec certitude que la pénétration de l'organisme par l'Humidité Chaleur externe est un facteur étiologique du syndrome Wei, ce qui établit encore une fois un parallèle avec la théorie infectieuse en Médecine occidentale.*

Afin de répondre à cette situation, il convient d'éliminer l'Humidité Chaleur et de désobstruer les méridiens :

Humidité Chaleur : **14DM, 4GI, 11GI, 36E, 9RP, 6RP, 3RP, 20V.**

Drainer les méridiens (*cf. 2.2.1*)

2. 2. 3. Notes concernant le deuxième stade

Certains symptômes cités précédemment posent problème dans la classification des stades de la maladie.

En effet, les symptômes urinaires (urgences et incontinence) sont des signes de vide de Yang de Rein, et la vision trouble peut correspondre à un vide de Sang du Foie (*cf* stade 3 et 4).

Toutefois les auteurs proposent que devant un signe isolé d'un tableau de vide de Rein Yang et de vide de Sang du Foie, le patient demeure classé au sein du stade 2^①.

2. 3. Stade 3 : atteinte du Foyer médian

L'Organe clé affecté à ce stade est la Rate, au rôle majeur dans la synthèse du Qi et du Sang.

Les manifestations cliniques incluent donc maintenant des signes de vide aux symptômes de plénitude du stade 2.

2. 3. 1. Vide de Qi de la Rate et Humidité Interne

La rétention prolongée d'Humidité affaiblit le Qi de la Rate et cette déficience favorise à son tour la formation d'Humidité. On retrouve alors les signes suivants : fatigue, apathie, flaccidité des muscles, teint pâle et cireux, manque d'appétit, selles molles, langue molle et indentée, pouls vide et faible.

Au niveau thérapeutique il s'agit de tonifier le Qi de la Rate, d'éliminer l'Humidité, et de drainer les méridiens :

36E, 6RP, 3RP, 12RM, 13F, 20V, 21V.

Drainer les méridiens (*cf. 2.2.1*)

^① Ainsi les signes visuels peuvent être attribués à l'atteinte locale des muscles oculaires par les facteurs pathogènes obstruant les méridiens locaux.

2. 3. 2. Vide de Sang du Foie

Le vide de Qi de la Rate entraîne une diminution de la synthèse du Sang que le Foie stocke. On observe alors les manifestations suivantes : visage pâle et terne, vision trouble aggravée par la fatigue, raideur musculaire, crampes, paralysie spasmodique, tremblements légers, asthénie et insomnie, langue pâle et sèche, pouls fin et rugueux.

Il conviendra de tonifier le Qi de la Rate et du Foie, drainer les méridiens :

36E, 6RP, 8F, 4RM, 17V, 18V, 20V.

Drainer les méridiens (*cf 2.2.1*)

2. 3. 3. Notes à propos du troisième stade

On constate une notion de progression : l'Humidité du 2ème stade affaiblit la Rate qui à son tour perturbe le fonctionnement du Foie, ce qui malheureusement entraîne le malade dans son évolution vers le 4ème et dernier stade.

2. 4. Stade 4 : vide des Reins

Sur le plan clinique les signes de vide dominant, et la faiblesse, l'émaciation et l'asthénie en sont les principaux représentants.

D'autre part, outre les symptômes témoignant d'un vide des Reins, des signes de défaillances d'autres Zang peuvent se voir dans ce dernier stade de l'évolution de la SEP.

2. 4. 1. Vide des Reins

Le vide chronique de Qi de la Rate épuise le Yang des Reins, et le vide chronique de Sang du Foie lèse le Yin et le Jing du Rein.

Les manifestations suivantes sont décrites : faiblesse sévère, asthénie, vieillissement prématuré, teint pâle et aspect desséché de la peau, atrophie et/ou raideur importante des muscles, tremblements marqués, douleurs lombaires, mictions urgentes ou difficiles, incontinence ou rétention urinaire.

En cas de vide de Yang, on observe : une sensation de froid, une incontinence urinaire avec des urines claires, une langue pâle et mouillée, un pouls faible.

En cas de vide de Yin on retrouve : une émaciation, une vision trouble ou perte de la vision, des vertiges, des acouphènes, une langue rouge avec un enduit léger, un pouls profond et fin.

Sur le plan du traitement, **3Rn, 4RM, 23V, 32V, 39VB** constituent le socle commun. En fonction des symptômes, les auteurs conseillent d'associer:

- pour le vide de Yang : **4DM** ;
- pour le vide de Yin : **6Rn** ;
- pour les acouphènes: **2VB** ;
- pour les vertiges : **20VB, 2V** ;
- pour la vision trouble : **37VB, 1V, 23TR** ;
- pour l'incontinence urinaire : **28V, 3 VC, 5F** ;
- pour les mictions difficiles : **7P**.

2. 4. 2. Atteintes d'autres Zang

D'autres symptômes peuvent également s'installer à ce stade de la maladie, mais constituent des pathologies secondaires pour les auteurs.

Ainsi, une voix sans force peut signifier un vide de poumon associé – **9P** est alors ajouté au traitement – alors qu'une voix encombrée et rauque témoigne de la présence de Mucosités pour lesquelles **40E** et **23RM** sont proposés.

Un vide de Qi du Cœur peut être également retrouvé et la poncture du **5C** est recommandée dans le cas d'une voix hésitante et indistincte.

Enfin, un vide de Yin du Foie peut se manifester par une défaillance de l'acuité visuelle, et les points suivants sont préconisés par les auteurs : **6Rn, 3F, 37VB, 6IG**, et **1V**.

2. 4. 3. Notes concernant le quatrième stade

En plus des signes de vide de Rein Yin ou de Rein Yang, les patients peuvent encore présenter des symptômes du stade 3 ou 2. Ceci témoigne d'une évolution en profondeur du processus pathologique au cours de l'évolution de la SEP.

D'autre part, le traitement du stade 4 consiste principalement à tonifier les Reins. Toutefois, à ce stade de la maladie, la réponse clinique sera d'autant plus restreinte que le potentiel énergétique de l'individu sera épuisé. L'objectif thérapeutique sera donc avant tout de prévenir toute détérioration supplémentaire de l'état du patient.

3. Conclusion

Richard Blackwell et Hugh Mac Pherson nous offrent une grille de lecture de la SEP axée sur des stades cliniques qui semblent adaptés à la pratique courante.

Les auteurs décrivent une progression en profondeur d'un Pervers qui lèse à terme les Reins, et soulignent bien l'existence d'un enchevêtrement possible des différents tableaux cliniques.

Enfin, ils insistent sur l'importance de débiter la prise en charge acupuncturale le plus tôt possible.

VII. Tentative de synthèse et de proposition pratique pour le médecin acupuncteur

1. Etiopathologie

Le tableau suivant résume les principaux mécanismes qui seraient en cause dans l'apparition de la SEP.

Facteur étiopathologique ↓	Auteurs ⇒	Pr. Huang	Pr. Esposito	Institut de médecine Chinoise Pékin	Giovanni Maciocia et Heiko Lade	Richard Blackwell et Hugh Mac Pherson
Xie Humidité		Oui , associé à la Chaleur	Oui	Oui , associé à la Chaleur	Oui	Oui
Obstruction des Luo Mai		Oui , par des stases de Sang ou des Tan	Oui	Oui , induite par des perturbations émotionnelles	Non	Oui
Affaiblissement Zheng Qi		Oui , conséquence de la SEP et source de nouvelles poussées	Non	Oui , cause de la SEP	Oui , cause de la SEP	Oui , cause de la SEP
Agent pathogène latent		Non	Oui : Humidité perverse	Non	Oui : Localisé au niveau des méridiens curieux	Non
Alimentation		Non	Non	Non	Oui : Grasse, frite, froide	Oui : Grasse, épicée, alcool
Choc et abus sexuels		Non	Non	Non	Oui	Oui
Autres (cf. p. 32, § 1)		Non	Non	Non	Non	Oui

On constate que la quasi-totalité des sources retrouvées s'accordent sur le fait que l'agression du corps par un Pervers externe Humidité, plus ou moins associé à la Chaleur, serait le point de départ de l'histoire naturelle de la maladie.

Il existe donc deux parallèles intéressants avec l'approche occidentale. Le premier souligne le rôle des infections – en particulier virales – dans la genèse de la sclérose en plaques, et le second rejoint les préconisations de ne pas s'exposer aux chaleurs humides.⁴

Les deux autres causes principalement citées comme facteurs étiopathologiques sont l'obstruction des Luo Mai, et l'affaiblissement du Zheng Qi.

Par ailleurs, tous les auteurs classent la SEP comme une maladie appartenant au syndrome Wei.

2. Physiopathologie, principaux Zheng et traitement par acupuncture

Ce deuxième tableau résume les principaux Zheng décrits au cours de l'évolution de la SEP, ainsi que les points cités pour leurs traitements.

Acupuncture

Principaux Zheng↓	Auteurs⇒	Pr Huang	Institut médecine Chinoise de Pékin	Yang Zhao Gang	Giovanni Maciocia et Heiko Lade	Richard Blackwell et Hugh Mac Pherson
Prescription de base		11GI, 4GI, 9RP; Xi San Li	Hypotonie du MS : 4-5-11-15GI. Hypotonie du MI : 31-34-36-41E	18V, 23V, 6RP, 3Rn, 20DM, 23DM		Drainer les méridiens. MS : 4-10-11-15GI, 5TR, 3IG. MI : 31-32-36-41E, 30-31-34-39-40VB, 32-40-54-60V
Humidité Chaleur		34E, 40VB, 43VB, 44E, 18V, 25V	9RP, 20V			14DM, 4GI, 11GI, 36E, 9RP, 6RP, 3RP, 20V
Obstruction des Luo Mai		40E, 5TR, 8RP, 17RM, 18V, 20V	5P, 13V en cas de Mucosités Chaleur et 10RP et 3F en cas de stases de Sang			12RM, 40E, 6RP, 36E, 9RP, 20V pour les Mucosités Humidité
Double vide de Yin du Foie et des Reins		6RP, 3Rn, 4DM, 3RM, 3F, 18V, 23V	18V, 23V, 39VB, 34VB		3Rn, 4RM, 23V, 6RP, 8F, 18V	Vide de Sang du Foie isolé : 36E, 6RP, 8F, 4RM, 17V, 18V, 20V
Vide de Sang du Cœur et du Foie		20DM, 8MC, 1RN, 15V, 18V, 36E, 14DM, 8DM				
Déficiences simultanées du Qi et du Yin			3Rn, 9P			
Vide de Yang de Rate et des Reins		20DM, 1Rn, 36E, 6 ou 4RM				
Vide de Rate avec Humidité					12RM, 20V, 9RP, 6RP, 40E	36E, 6RP, 3RP, 12RM, 13F, 20V, 21V
Vide des Reins						3Rn, 4RM, 23V, 32V, 39VB

Légende : MS=Membre Supérieur ; MI=Membre Inférieur.

Du point de vue de la physiopathologie, s'il ne fallait retenir qu'un seul modèle, ce serait celui d'une obstruction initiale des méridiens par un facteur pathogène externe, avec blessure et affaiblissement de l'Interne au fur et à mesure de l'évolution de la maladie.

Les Reins intimement liés à l'Essence sont les Zang blessés en dernier au cours de l'histoire naturelle de la SEP, et la majorité des auteurs affirment le lien étroit qui existe entre la maladie, les Reins et le Jing.

Compte tenu de l'aggravation progressive de la SEP, il conviendra de débiter au plus tôt la prise en charge acupuncturale.

Fidèle au principe "traiter conjointement la branche et la racine", il faudra lever les obstructions tout en régulant l'Interne en s'aidant si besoin de la différenciation selon les syndromes cliniques modernes chinois.

En dehors de tout symptôme, c'est-à-dire dans les formes rémittentes, il faudra s'attacher à maintenir un Qi Correct fort afin de limiter toute agression qui pourrait être à l'origine d'une nouvelle poussée. C'est là une des grandes spécificités de la Médecine chinoise qui propose une prise en charge active pendant les phases asymptomatiques de la maladie, alors que la Médecine occidentale s'en trouve beaucoup plus contemplative.

Enfin, dans le cadre de l'appartenance de la SEP au syndrome Wei, les points des méridiens Zu Yang Ming et Shou Yang Ming seront particulièrement utilisés.

Dr. VINCENT
MAURON



Acupuncture

TROISIEME PARTIE

SEP ET TRAITEMENT PAR ACUPUNCTURE : LES ETUDES

Après avoir abordé la maladie successivement du point de vue occidental puis chinois, nous allons maintenant nous intéresser à leur cohabitation au sein de la littérature médicale internationale.

I. De nombreux patients ont recours aux Médecines Alternatives et Complémentaires (CAM)

Plusieurs articles traitent de l'importance croissante du recours aux autres médecines – les CAM – dans la prise en charge thérapeutique de la SEP.

1. Motifs de recours aux CAM

Dans un récent article paru en 2009, un ergothérapeute américain s'est proposé de rechercher sur une période s'étendant de 1950 à 2007, l'ensemble des occurrences regroupant sclérose en plaques et utilisation des CAM dans son traitement.¹²

Ainsi cette étude montre que suivant les séries, de 27 à 100% des patients ont recours à une thérapie non conventionnelle.

Les raisons principales qui ont poussé les patients à s'adresser à des techniques autres que la Médecine occidentale étaient : l'inefficacité du traitement conventionnel, les rapports ponctuels d'aide apportée par une de ces thérapies par un proche, et enfin la proposition du médecin référent.

Une autre étude américaine publiée en 2003 s'était auparavant penchée sur la part des patients atteints de la maladie ayant eu recours aux CAM.¹³ Une vaste enquête menée auprès des malades enregistrés au sein de la fondation américaine pour la SEP a montré ainsi que plus de la moitié des répondants avait eu recours à au moins une Médecine alternative. La première motivation pour ce choix était le besoin d'accéder à un système de soin plus holistique, c'est-à-dire liant plus intimement l'esprit, le corps et la pensée. La deuxième raison était l'insatisfaction vis-à-vis des soins proposés par la Médecine occidentale. Enfin, il est important de souligner que plus l'évolution de la SEP progressait dans le temps, moins les patients étaient satisfaits de la prise en charge en Médecine classique, et que plus le taux de recours aux CAM augmentait.

Une enquête réalisée au Canada en 2003 confirme cette part importante d'orientation vers les CAM.¹⁴ Cette vaste étude épistolaire a montré que près de 70% des répondants ont eu recours à une pratique médicale alternative au cours de l'évolution de leur maladie. De plus, la méta-analyse de toutes les enquêtes Canadiennes concernant ce sujet montre que cette proportion de patients est en constante progression au fil des années.

Les trois principales raisons invoquées pour faire appel aux CAM étaient dans cette étude : l'espoir d'améliorer sa santé, l'espoir d'atténuer les symptômes de la SEP, et enfin une croyance que les CAM ne pouvaient pas nuire.

2. Place de l'acupuncture

De nombreuses pratiques alternatives sont décrites au sein des CAM (plus d'une centaine dans l'étude canadienne) et de nombreux patients ont recours d'une manière concomitante à plusieurs thérapies différentes (sept en moyenne dans cette même étude).

L'acupuncture dans les articles cités *supra* est systématiquement retrouvée dans les disciplines considérées comme « efficaces^① » et environ 20% des malades ont été traités par les aiguilles.

3. Conclusion

L'acupuncture semble donc tenir une place importante dans le traitement de la SEP, et ces études montrent bien le désir des patients de pouvoir avoir recours à une autre forme de thérapie que celle proposée par la Médecine occidentale.

Toutefois il s'agit là du "point de vue des malades" et nous verrons *infra* que la littérature scientifique actuelle conclut fort différemment sur l'intérêt de l'acupuncture dans la prise en charge de la SEP.

D'autre part, les auteurs des articles présentés concluent tous à une même nécessité : devant cette forte prévalence de l'utilisation des CAM parmi les patients porteurs de SEP, il est essentiel et justifié de mettre en place des études rigoureuses sur les bénéfices et les dangers de ces thérapies alternatives et complémentaires.

Malheureusement, la recherche bibliographique réalisée pour le présent travail montre que, concernant l'acupuncture, ces études sont excessivement rares.

^① Il s'agit d'une évaluation subjective et en aucun cas des résultats d'une étude méthodologiquement bien menée.

II. L'acupuncture est sûre !

Nous avons cependant trouvé deux références répondant à ces préoccupations de sûreté sanitaire de l'acupuncture.

La première, une étude anglaise publiée en 2008 s'est attachée à démontrer l'innocuité de l'acupuncture dans la prise en charge des patients atteints de SEP secondairement progressive.¹⁵

L'investigation – en comparant traitement par acupuncture médicale chinoise et acupuncture minimale^① – a ainsi consisté en la recherche d'effets délétères induits par une puncture «classique».

Les résultats confirment l'absence d'effets secondaires indésirables et du caractère sûr de la prise en charge acupuncturale des patients atteints de SEP secondairement progressive. Cette conclusion est toutefois à modérer compte tenu de la faible taille de l'échantillon de patients suivis. Les auteurs préconisent donc la réalisation d'une étude de plus vaste importance afin d'apporter la puissance statistique permettant de conclure d'une manière définitive.

La seconde étude publiée en 2003 par une équipe de Miami confirme également le caractère sûr de l'acupuncture.¹⁶ Dans un article traitant de la iatrogénie acupuncturale, les auteurs ont montré que les seules complications étaient d'ordre infectieux et ce dans un contexte de négligence vis-à-vis de la nécessaire stérilisation du matériel de puncture.

III. L'acupuncture comme traitement dans la SEP

Nous avons vu précédemment qu'un grand nombre de patients porteurs de SEP sont désireux d'avoir accès aux CAM et à l'acupuncture, et que celle-ci semble sans danger notable.

Concernant les articles réunissant en leur sein SEP et traitement par acupuncture, deux grands types de références ont été trouvés.

^① *Acupuncture minimale : puncture très superficielle, ou en dehors des points d'acupuncture reconnus par la tradition chinoise.*

1. Les études chinoises et asiatiques

Les publications venant d'Asie présentent pour la plupart des résultats extrêmement brillants du traitement par acupuncture de la sclérose en plaques.

Les résultats sont chiffrés qualitativement en amélioration, ou disparition d'un symptôme allégué à la SEP.

Ainsi, dans une étude pékinoise publiant les conclusions du traitement de quatre-vingt-quinze cas de SEP par acupuncture lors d'une période s'étalant de 1998 à 2002, l'auteur conclut à une très grande efficacité du traitement par les aiguilles.¹⁷

Plus de 71% des patients ont une amélioration effective, et presque 18% des malades ont pu voir leurs symptômes disparaître complètement. Un total de près de 90% des sujets bénéficient donc d'une amélioration importante de leur état de santé sans que l'auteur décrive d'une manière plus précise les résultats.

Un autre exemple peut être donné en citant une étude réalisée à Shanghai en 1995. Soixante-neuf cas de SEP ont été traités par acupuncture à raison de quatre cures de deux semaines de traitement journalier (Cf. deuxième partie § IV).⁸

Les résultats sont là aussi spectaculaires ! 100% des troubles urinaires sont guéris, 82% des troubles moteurs et sensitifs sont résolus, 66% des patients présentent une amélioration nette des troubles visuels...

Ces résultats positifs se retrouvent également dans nombre de publications d'observations de cas témoins.¹⁸⁻¹⁹ Il s'agit de présentation d'histoires cliniques individuelles, avec soit guérison complète, soit amélioration très importante de la symptomatologie et diminution sensible des rechutes.

Il est cependant très important de préciser que la méthodologie de ces études est très discutable. En effet, selon les normes de l'Evidence Based Medicine (EBM), elles ne sont en aucun cas recevables.

Elles décrivent tout au plus le protocole thérapeutique avec la dénomination des points et leur mode de stimulation, et le nombre de séances de traitement. L'acupuncture n'est jamais comparée à un quelconque placebo, ou à un traitement témoin.

2. Les études occidentales

Le deuxième type de références identifiées au cours de la préparation de ce travail sont celles que l'on pourrait qualifier d'«occidentales». Elles observent, dissèquent et analysent les études asiatiques en s'attardant principalement sur la rigueur méthodologique de la réalisation de celles-ci.

Or la difficulté de définir le choix d'un placebo, de celui d'un traitement témoin, de la technique de stimulation des aiguilles, ainsi que d'autres problèmes méthodologiques grèvent d'autant la possibilité d'obtenir des études solides. Cet état de fait explique probablement le faible nombre d'études émanant d'équipes occidentales.

Les résultats des différentes publications sont donc bien moins encourageants que ceux présentés dans le paragraphe précédent, et les conclusions qu'elles suggèrent se répartissent selon 3 grands courants.

Le premier soutient l'absence ou la faible efficacité^① de l'acupuncture dans le traitement de la SEP et de ses symptômes, et donc son caractère "non recommandable".

Le deuxième est qu'à l'heure actuelle, aucune preuve statistique ne permet de conclure sur l'intérêt de l'acupuncture, sans préjuger ou non de son efficacité.²¹

Enfin le troisième soutient que l'acupuncture peut être extrêmement utile^②, mais sans pouvoir en apporter la preuve formelle.

3. Conclusion

L'intérêt et les résultats de l'acupuncture dans le traitement de la SEP varient énormément selon les études.

La vérité se situe probablement entre ces deux positions semblant tellement éloignées : l'efficacité extrême pour les asiatiques, et le doute, voir le scepticisme statistique des occidentaux.

Le médecin acupuncteur vivant à l'ère de l'EBM devra donc s'appliquer – dans un syncrétisme culturel – à mettre en place des études rigoureuses portant sur des cohortes importantes de patients permettant de récolter des preuves conformes à la pensée occidentale, et donc à celles des dirigeants sanitaires.

Ce sera probablement la seule voie permettant de diffuser à l'échelle de santé publique, une conviction clinique profonde renouvelée à chaque succès individuel lors de la pratique de l'acupuncture.

^① Ainsi, une étude présentée lors du 55ème meeting annuel de l'American Society of Neurology, a montré que l'acupuncture avait un intérêt très modéré au regard de son coût dans la prise en charge des dysfonctionnements vésicaux survenant au cours de la SEP.²⁰

^② Une communication du Pr Brochet du CHU de Bordeaux publiée sur le site de l'Association des Paralysés de France souligne par exemple l'efficacité de l'acupuncture dans les douleurs neuropathiques et sur la relaxation musculaire.²²

IV. Conclusion de la troisième partie

Une part importante des patients atteints de sclérose en plaques a recours à l'acupuncture en plus du traitement allopathique conventionnel, et pour la majorité des patients, les résultats sont ressentis comme positifs. Toutefois cette technique qui semble sûre au regard des quelques études publiées, divise quant à ses bienfaits dans la prise en charge de la SEP.

Les publications essentiellement d'origine chinoise nous encouragent à la pratique des aiguilles, tandis que les médecins et scientifiques occidentaux semblent peu convaincus de son intérêt.

Faut-il alors – par manque de preuves – l'abandonner? La réponse est certainement non. Le but du médecin est de soulager son patient et ce avec tous les moyens dont il dispose. L'acupuncture par sa vision globale de l'être ne peut être que complémentaire et bénéfique, et la part croissante de patients porteurs de SEP qui se tourne vers elle en est le témoin.

Li Dong Yuan^① a dit: «Les temps modernes et anciens diffèrent mais les anciennes formules sont utiles pour les maladies modernes».

L'avenir réside donc très probablement dans une synergie des deux approches, sous tendue par la réalisation d'études justes du point de vue méthodologique et de grande ampleur.

Acupuncture

^① *Appelé aussi Li Gao (1180-1251), il fut le fondateur de l'école «Reconstitution de la Terre». C'est l'un des 4 grands maîtres des époques Jin et Yuan.*

Dr. VINCENT
MAURON



QUATRIEME PARTIE

PRESENTATION DE CAS CLINIQUES SUIVIS EN CABINET LIBERAL DE MEDECINE

Acupuncture

GENERALE ET D'ACUPUNCTURE

Dans la quatrième et dernière partie de ce travail, nous allons décrire deux cas cliniques de patients atteints de SEP suivis à la fois en acupuncture et en médecine allopathique, et un dossier traité uniquement en Médecine occidentale.

Notre démarche ici n'est pas de démontrer des résultats thérapeutiques, mais à la lumière de l'exposé des parties précédentes, d'essayer de présenter chaque patient au travers du regard spécifique de la Médecine chinoise.

Nous tenterons alors d'en déduire les orientations thérapeutiques qu'il conviendrait de mettre en place.

Commençons par le dossier d'allopathie exclusive.

I. Cas clinique numéro 1 : Mme Ma.

1. Présentation

Il s'agit d'une patiente de 42 ans qui ne présente pas d'antécédent médico-chirurgical particulier.

La SEP de forme secondairement progressive a été diagnostiquée en 1995. Elle se manifeste par des troubles pyramidaux avec déficit moteur et spasticité surtout du membre inférieur droit, associés à des troubles dysuriques neuro-urologiques faits de nombreuses mictions dès le réveil avec de fréquentes infections urinaires basses.

Le traitement régulier associe clonazépam (Rivotril®), gabapentine (Neurontin®) et tramadol (Topalgic®) pour les douleurs, alfuzosine (Xatral®) pour les troubles urologiques et modafinil (Modiodal®) pour la fatigue générale.

La patiente, réfractaire à un suivi régulier, présente très facilement des infections ORL avec glaires abondantes et fièvre, le tout déclenché selon elle par l'humidité. Il existe également des oedèmes des deux membres inférieurs étiquetés d'origine veineuse. La marche se dégrade depuis plusieurs mois avec apparition de gonalgies et d'une déformation des genoux en varus.

Elle décrit enfin une nette aggravation de ses douleurs et de la spasticité des membres inférieurs par la chaleur.

2. Analyse

Il existe donc chez cette première patiente une nette connotation d'envahissement par un facteur pathogène Humidité Chaleur (glaires fébriles fréquentes au niveau ORL, infections

urinaires à répétition, œdème des membres inférieurs).

Le Zheng Qi est probablement déficient du fait de ces infections faciles, mais il est difficile de savoir s'il s'agit de la conséquence ou la cause de la survenue de la SEP.

Une atteinte des Reins peut être également évoquée devant les troubles urologiques, la douleur des genoux et le manque d'énergie global.

Enfin, il existe probablement une obstruction des Luo Mai des membres inférieurs du fait des signes moteurs et douloureux neuropathiques.

Le pouls et langue ne sont pas décrits dans le dossier.

On pourrait donc sur le plan acupunctural proposer les orientations suivantes, en choisissant quelques points parmi les suggestions des différents auteurs :

éliminer la Chaleur Humidité : **34-36-44E, 40-43VB, 3-6-9RP, 20V, 14DM, 4-11GI,**

tonifier les Reins : **3Rn, 4RM, 23-32V, 39VB,**

désobstruer les Luo Mai : **36-40E, 5TR, 12-17RM, 6-8-9RP, 20V ; 5P et 13V** en cas de Mucosités Chaleur,

appliquer le socle thérapeutique propre à chaque auteur : **4-5-10-11-15GI, 6-9RP, Xi San Li, 3Rn, 5TR, 3IG, 20-23DM, 31-32-34-36-41E, 30-31-34-39-40VB, 18-23-32-40-54-60V.**

En fonction des signes cliniques annexes, il conviendra évidemment d'associer des points spécifiques à ces grandes orientations thérapeutiques.

Acupuncture

II. Cas clinique numéro 2 : Mme Mi.

1. Présentation

Chez cette patiente de 51 ans, c'est le bilan de paresthésies de la main droite, associées à une sciatalgie gauche avec troubles dysesthésiques qui a mené au diagnostic de SEP en 2000.

Au niveau des antécédents, on note une migraine ancienne, des lombalgies chroniques, et dans les suites d'une rachianesthésie en 1999 l'apparition de céphalées occipitales intenses ayant duré plusieurs semaines.

Du point de vue de la thymie, il existe une nette tendance dépressive réactionnelle à des problèmes familiaux.

Neuf mois après le diagnostic, une deuxième poussée avec paresthésies invalidantes des deux membres inférieurs conduit à l'introduction d'un traitement par Avonex®, associé à de l'amitriptyline (Laroxyl®) à titre antalgique. Nous ne disposons pas d'information sur le pouls et la langue.

Après une période de rémission, une troisième poussée a lieu 18 mois après le début de la maladie avec douleurs et hypotonie de l'hémicorps droit, associés à des signes visuels gauches très évocateurs d'une névrite optique rétrobulbaire. La langue était alors gonflée avec marques des dents.

Entre 2002 et 2006, la maladie fait peu parler d'elle, mais l'asthénie et les signes neurologiques subjectifs, bien que fluctuants, persistent. Les signes ophtalmologiques ont complètement régressé. Une kinésithérapie à visée antalgique est maintenue mais les résultats sont décevants.

A partir de mi-2006, dans un contexte de soucis émotionnels plus importants, plusieurs poussées se succèdent avec essentiellement des signes neurologiques moteurs déficitaires segmentaires associés à des signes sensitifs à type de fourmillements. Il existe également des céphalées et des vertiges. Aucun signe sphinctérien n'est observé.

Sur le plan thérapeutique Avonex® est remplacé par Rebif® puis par Copaxone®, mais devant une mauvaise tolérance un traitement par Imurel® est débuté. De la prégabaline (Lyrica®) est substituée au Laroxyl®.

Jusqu'en 2009, plusieurs nouvelles poussées surviennent avec toujours les mêmes douleurs ressenties au niveau de membres inférieurs et également au niveau cervico-brachial droit. L'humidité aggrave nettement les phénomènes douloureux.

Lors des dernières consultations, le traitement régulier associe Tysabri®, Lyrica® et antalgiques de palier 2 et 3.

2. Analyse

Devant le contexte thymique perturbé et fragile, associé aux troubles sensitifs segmentaires inauguraux lors de la première poussée, il est licite de suggérer une obstruction des Luo Mai d'origine émotionnelle comme facteur étiopathogénique à la survenue de la SEP.

D'autre part, il existe un vide de Yin de Rein sous-jacent. En effet, outre les lombalgies anciennes qui peuvent évoquer ce viscère, il est important de revenir sur les céphalées occipitales post rachianesthésie.

En effet, il existe toujours une petite soustraction de liquide céphalorachidien lors de tels gestes. Cela a entraîné une insuffisance aiguë additionnelle de Yin de Rein qui s'est exprimée au niveau du Zu Tai Yang céphalique en accord avec la relation Biao-Li Zu Tai Yang/Zu Shao Yin. La sciatalgie gauche de la première poussée s'inscrit certainement dans le même mécanisme.

Nous avons vu l'importance du lien entre SEP, Rein et Jing. C'est donc sans doute la raison pour laquelle les perturbations émotionnelles chez cette patiente, sensibilisée au niveau du Rein, ont conduit à l'apparition d'une maladie démyélinisante.

Le troisième mécanisme étiopathologique est l'agression par un pervers Humidité. Les signes visuels s'expliquent par une obstruction locale de la circulation par le Xie, la langue gonflée et l'aggravation des symptômes par l'humidité appuient le diagnostic.

Les céphalées et les vertiges peuvent répondre à deux troubles secondaires aux déséquilibres précédents : l'Humidité peut empêcher le Yang Clair de monter à la tête, et le vide de Yin du Rein peut être à l'origine d'un vide de Yin du Foie source d'un Vent interne entraînant céphalées et vertiges.

Du point de vue acupunctural, en choisissant quelques points parmi ceux proposés nous pourrions envisager de :

désobstruer les Luo Mai : **36-40E, 5TR, 12-17RM, 6-8-9RP, 20V,**
tonifier les Reins : **3Rn, 4RM, 23-32V, 39VB,**
tonifier le Yin des Reins et du Foie : **6RP, 3Rn, 4DM, 3-4RM, 3-8F, 18-23V, 34-39VB,**
appliquer le socle thérapeutique propre à chaque auteur : **4-5-10-11-15GI, 6-9RP, Xi San Li, 3Rn, 5TR, 3IG, 20-23DM, 31-32-34-36-41E, 30-31-34-39-40VB, 18-23-32-40-54-60V.**

Encore une fois, ce ne sont là que des grandes orientations thérapeutiques, et d'autres points pourraient être évoqués ou associés.

3. Apport de l'acupuncture

Au cours du suivi de la patiente au cabinet, la prise en charge acupuncturale a débuté en 2001 dans les suites de la troisième poussée avec signes oculaires.

Cette première période de traitement par acupuncture comportait les points suivants : **3Rn, 3F, 6RP, 36E, 4RM, 20VB.**

Les signes oculaires et les douleurs de l'hémicorps droit ont diminués sans pour autant

disparaître.

La patiente bénéficie dans les suites immédiates de bolus de corticoïde en IV, ce qui permet une nette régression de l'ensemble des symptômes.

Une deuxième phase de traitement par les aiguilles a lieu en novembre 2006, au moment de la reprise évolutive de la maladie concomitante à l'exacerbation des problèmes familiaux.

20VB, 14RM, 34VB, 6TR et **3F** étaient les points les plus utilisés. Les céphalées et les vertiges sont quasiment amendés, mais les douleurs, surtout au niveau du membre inférieur droit, répondent partiellement au traitement.

La troisième période de traitement par acupuncture est initiée mi-2007, dans un contexte de douleurs cervico-brachiale et sciatique droite, résistantes aux traitements antalgiques *per os* et à la kinésithérapie.

40VB, 34VB, 6MC, 7C, 21VB et **20VB** sont les points les plus utilisés et il permettent une disparition quasi complète des douleurs. L'état général s'améliore avec une nette diminution du stress ressenti par la patiente.

Ces trois grandes lignes de traitements sont rythmées par quelques séances épisodiques afin de répondre à des demandes ponctuelles, le tout sans jamais interrompre le traitement allopathique qui demeure lourd et difficile à adapter du fait d'une mauvaise tolérance des produits.

Nous voyons donc ici, grâce à l'étude de ce dossier, l'intérêt de coupler les deux systèmes de traitement et d'approche du patient que sont les Médecines chinoise et occidentale lors des phases aiguës de la maladie.

On peut toutefois s'interroger sur le faible nombre de séances pratiquées pendant les phases de rémission. Aurait-il fallu s'attacher plus à tonifier et renforcer le Zheng Qi pendant ces phases intermédiaires?

C'est ce que les différents auteurs nous préconisent. Toutefois, que cela soit du point de vue des patients ou des praticiens, la coutume de soigner une fois le symptôme déclaré est ancrée dans notre culture médicale, et la notion de prévention ne semble en être qu'à ses premiers pas.

III. Cas clinique numéro 3 : Mme Mo.

1. Présentation

Ce troisième et dernier dossier concerne une patiente de 48 ans, sans antécédent particulier médico-chirurgical. Le diagnostic de SEP a été posé en novembre 2008 devant l'association de troubles sensitifs hémicorporels gauche, de lésions démyélinisantes médullaires et hémisphériques à l'IRM, et d'une synthèse intrathécale d'immunoglobulines au niveau du liquide céphalo-rachidien.

Il n'y a pas de traitement de fond en cours, et seule une thérapeutique par Lyrica® a été instaurée pour les phénomènes dysesthésiques.

Notre patiente est une femme très dynamique, professeur de sport, à l'activité physique hebdomadaire débordante : badminton, VTT, step...

D'une grande rigueur dans ses repas, elle est « obsédée » par une prise de poids modérée mais régulière qui survient malgré les dépenses énergétiques importantes et un strict contrôle calorique.

D'autre part, elle évoque d'elle-même une tendance « obsessionnelle » que seule son activité sportive permet de juguler, et une difficulté à prendre de la distance par rapport aux émotions de ses proches.

Elle a une sœur jumelle dont elle est très proche, avec un comportement très maternel vis-à-vis de cette *alter ego* suivie pour un authentique syndrome dépressif et une anorexie mentale. Notre patiente présente également des affects d'une coloration franchement dépressive, avec idées noires allant parfois jusqu'à l'envie de mourir, et semble aussi connaître des difficultés alimentaires épisodiques de type restrictives.

D'autre part, sur le plan familial, il est important de noter que les deux sœurs ont été adoptées, et que leur première rencontre avec leur mère biologique début 2008 s'est traduit par une période de grand trouble émotionnel chez notre patiente avec majoration des ruminations anxieuses.

Du début des années 2000 jusqu'en 2008 elle ne présente que très peu de troubles somatiques.

En dehors d'épisodes traumatiques de l'appareil locomoteur induit par le sport, elle allègue essentiellement des douleurs abdominales accompagnées de selles molles et une somnolence post prandiale. Elle bénéficie alors de quelques séances d'acupuncture et les différentes consultations retrouvaient une langue gonflée, pâle, avec empreintes de dents.

En aout 2008 à la suite d'une baignade en eau froide, apparaissent les premiers symptômes évocateurs de SEP.

Il s'agit de paresthésies douloureuses initialement localisées au niveau du premier doigt de la main gauche. Les symptômes vont rapidement s'aggraver avec extension à tout l'hémicorps homolatéral.

Jusque fin 2009, en dehors des symptômes neurologiques, l'interrogatoire retrouve essentiellement une fatigabilité accrue, un manque d'énergie global, et l'installation de selles molles matinales avec besoin de se rendre rapidement aux toilettes.

2. Analyse

Cette patiente présente de nombreux symptômes évoquant un dysfonctionnement des Zang Rate et également Poumon.

Les ruminations, les signes digestifs, la langue gonflée, la prise de poids malgré une bonne hygiène de vie et une alimentation correcte pourraient correspondre à un dysfonctionnement de la Rate source d'une Humidité interne.

D'autre part les affects dépressifs anciens, les vellétés d'autolyse orientent fortement vers un trouble du Po dont le logis est le Poumon.

S'agit-il alors d'une pathologie de l'axe TAI YIN?

De même, l'attaque par un pervers externe Humidité lors de la baignade en eau froide s'est d'abord manifesté au niveau du pouce qui correspond au territoire du SHOU TAI YIN.

Enfin, le choc émotionnel induit par la rencontre avec sa mère biologique a probablement fait basculer l'équilibre global permettant alors au Xie d'entraver la circulation énergétique de la patiente.

Dans ce dossier, l'apparition de la SEP pourrait donc être secondaire à l'agression par un Xie Humidité d'un organisme fragilisé par un vide de Rate sous-jacent entretenu par un surmenage physique et une situation émotionnelle fragile.

Au cours de l'évolution, on note surtout des signes de vide de Yang de Reins représentés par les diarrhées matinales et le manque d'Energie général.

Au vue de ces hypothèses, nous pourrions donc choisir quelques points parmi les grandes orientations suivantes :

tonifier la Rate et éliminer l'Humidité: **3-6-9RP, 36-40E, 12RM, 13F, 20-21V,**
tonifier le Yang de Rate et des Reins : **20DM, 1Rn, 36E, 4-6RM,**
lever l'obstruction des Luo Mai par l'Humidité : **12RM, 36-40E, 6-9RP, 20V,**
appliquer le socle thérapeutique propre à chaque auteur : **4-5-10-11-15GI, 6-9RP, Xi San Li, 3Rn, 5TR, 3IG, 20-23DM, 31-32-34-36-41E, 30-31-34-39-40VB, 18-23-32-40-54-60V.**

En plus des ces grandes directions thérapeutiques tirées de la seconde partie de ce travail, nous pourrions également tonifier le Poumon avec par exemple : **9P, 13V** et **42V**, et également nous adresser à l'axe TAI YIN par la poncture des ses points racine et noeud : **1RP, 12RM.**

3. Apport de l'acupuncture

La première séance a lieu quelques semaines après l'établissement du diagnostic. **3F, 8F, 36E, 4GI,** et **4RM** en moxa permettent un sédation complète des douleurs pendant 48 heures. Deux semaines plus tard une seconde séance avec les mêmes points permet de diminuer temporairement les phénomènes douloureux.

Début mars 2009, devant un forte recrudescence des phénomènes algo-dyesthésiques hémicorporels gauches la poncture des points suivants est réalisée : **14DM, 15-18-20-22-23V.** Le lendemain de la séance, les douleurs ont disparu, mais malheureusement se réinstallent les jours suivants.

En mai de la même année, une autre séance apporte également une diminution nette des symptômes. Toutefois, le cortège de signes neurologiques réapparaît notamment lors de la reprise de l'activité physique.

Plusieurs consultations dans les suites amèneront un soulagement temporaire, sans qu'aucun point d'acupuncture particulier fasse preuve de sa supériorité thérapeutique.

Nous voyons donc ici que l'acupuncture soulage et améliore l'état de la patiente, mais toujours d'une manière limitée dans le temps. Est-ce que le mécanisme physiopathologique premier n'est pas traité correctement? Est-ce que il ne faudrait pas – à l'image de l'organisation des soins en Chine – réduire la périodicité des séances afin d'obtenir un résultat plus durable? Serait-il utile d'associer aux aiguilles les techniques corporelles ou la phytothérapie pour pérenniser nos résultats thérapeutiques?

Ce sont autant de questions qui restent en suspens. Toutefois l'important n'est-il pas d'apporter du mieux à notre patiente, et ce même d'une manière temporaire?

4. La lecture du Dr Gilles Andres, président de l'Association Française d'Acupuncture

La confraternité et l'échange entre médecins est un élément extrêmement important pour le suivi et le traitement d'un patient. La vision et l'interprétation différentes de la situation, enrichies par l'expérience apportée par un nouveau clinicien, peuvent s'avérer complémentaires lors de la prise en charge de dossiers difficiles.

C'est ainsi que devant des résultats jugés comme insuffisants, nous nous sommes adressés au Dr Andres pour qu'il reçoive cette patiente en consultation.

Celui-ci a eu l'immense gentillesse de nous laisser retranscrire dans le présent travail le fruit de sa réflexion.

Voici donc son interprétation.

Au fil du recueil anamnestique, trois éléments nouveaux sont retrouvés : l'existence d'un signe de Lhermitte, une notion d'arthrose des premières métatarso-phalangiennes gauche et droite, et une appétence particulière pour la saveur sucrée.

Pour le Dr Andres l'ensemble des signes suivants confirme l'existence d'un problème de Rate : selles molles, ballonnements, appétence pour le sucré, les ruminations, le côté perfectionniste de la personnalité de la patiente, l'atteinte des gros orteils et la douleur inaugurale du pouce, et enfin la sensibilité des symptômes à l'humidité.

La synthèse typologique de la patiente évoque le méridien Curieux Du Mai. Le pouls est vide à l'emplacement de la Rate.

Le signe de Lhermitte peut s'analyser par la déficience du Tai Yin : si celui-ci ne monte pas, alors le Tai Yang ne descend pas.

La typologie couplée à l'analyse de l'interrogatoire conduit le Dr Andres à puncturer le 6DM situé sous l'apophyse épineuse postérieure de T11, au même niveau que 20V, point SHU de la Rate. Dans les indications du point choisi on retrouve ainsi : « tout trouble causé par l'humidité » et « tout trouble neurologique grave ». La séance est à renouveler une quinzaine de jours après la première poncture.

A la consultation suivante la patiente nous décrit un résultat spectaculaire ! Dès le lendemain de la poncture toutes les douleurs ont disparu. La malade a pu reprendre ses activités physiques régulières avec le sentiment « d'avoir retrouvé son corps d'avant », sans aucun nouvel événement algique. Les troubles digestifs se sont également entièrement amendés. Une semaine plus tard, après avoir assisté à un match de rugby par temps froid les douleurs se sont réinstallées mais seulement pendant quelques jours pour de nouveau disparaître spontanément. Au moment où nous écrivons ce travail, la patiente est revue régulièrement au cabinet pour puncturer uniquement – sauf événement intercurrent – 6DM.

IV. Conclusion de la quatrième partie

La grille de lecture proposée par la médecine chinoise nous permet d'avoir un regard différent sur la pathologie. En parallèle, ou plutôt en synergie avec la prise en charge allopathique, l'acupuncture permet de diminuer les phénomènes douloureux et d'améliorer le fonctionnement général des patients.

Toutefois l'étude de ces dossiers nous montre également les limites de la pratique des aiguilles dans notre système de soins. Il serait probablement important de répéter et de rapprocher les séances lors des poussées, et également de renforcer la prise en charge pendant les phases de rémissions. Cependant, au vue de l'organisation actuelle de la médecine libérale et à l'heure de la maîtrise comptable poussée dans ses extrêmes, il est difficile de proposer plus aux patients.

Il revient donc aux médecins acupuncteurs de faire la « preuve » de l'efficacité de leur pratique afin que les décideurs sanitaires reconsidèrent la position de l'acupuncture dans la prise en charge de la sclérose en plaques.

De même, ne faudrait-il pas ouvrir – à l'image des rares CHU novateurs – les portes de l'hôpital à l'acupuncture ?

Il faut rêver et imaginer une consultation de neurologie au sein de laquelle neurologue et acupuncteur – reflet de la dualité du Yin et du Yang – apporteraient au chevet du patient la synergie de deux grandes cultures médicales.

Conclusion

La SEP est une pathologie grave et d'étiologie incertaine. La Médecine occidentale moderne offre la possibilité d'en juguler les poussées, tandis que la Médecine chinoise – par la finesse de son approche étiopathogénique – nous permet de mieux en comprendre la genèse et d'en traiter les manifestations tout au long de son évolution.

Une part croissante de patients atteints de SEP a recours à l'acupuncture en complément de la prise en charge conventionnelle ; les résultats de cette technique de soins – décrite comme sûre – apparaissent positifs.

Toutefois, les carences méthodologiques des études disponibles sur le traitement de la SEP par les aiguilles ne nous autorisent pas à trancher formellement sur l'indication et la place de l'acupuncture dans la prise en charge de la maladie.

Il existe en effet une très grande divergence de résultats et de conclusions suivant le pays d'origine de l'étude. Cette situation confronte une efficacité manifeste émanant des travaux asiatiques à un scepticisme méthodologique et statistique révélé par les publications occidentales.

Cependant, la présentation de cas cliniques de patients suivis en cabinet de ville nous montre combien il est enrichissant de s'occuper d'un malade en l'analysant par le filtre de deux cultures médicales si différentes et complémentaires. Associée au traitement allopathique, l'acupuncture permet de mieux endiguer les phénomènes douloureux et gênants, tout en permettant d'améliorer significativement le fonctionnement général des patients.

Au sentiment profond « d'efficacité » ressenti par le médecin acupuncteur et le patient traité par les aiguilles, il conviendra donc d'y adjoindre la rigueur des études statistiques propres à la réflexion occidentale – travaux qui sous-tendent également l'allocation des budgets de santé publique et les modifications des conditions d'exercice.

Il nous semble donc que l'avenir réside dans une approche synergique de ces deux visions médicales fort différentes qui paraissent tout autant se confronter que s'entremêler, mimant ainsi le jeu du Yin et du Yang symbolisé au sein du Tai Ji.

L'acupuncture doit trouver toute la place qui lui revient parmi l'éventail thérapeutique dédié au traitement de la SEP. Ceci est d'autant plus vrai qu'elle en permet, à n'en pas douter, une approche globale et plus satisfaisante – tant du point de vue du patient que celui du praticien.

Dr. VINCENT
MAURON 
Acupuncture

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Conférence de consensus sur la sclérose en plaques. Revue Neurologique (Paris) 2001 ; 157 : 1184-1192.
2. Lyon-Caen O, Clanet M. La sclérose en plaques. Editions John Libbey Eurotext.
3. Confavreux C, Gignoux L. Sclérose en plaques. Revue du Praticien 2002 ; 52 : 529-538.
4. Sclérose en plaques. Guide affection longue durée. Haute Autorité de Santé (HAS). Septembre 2006. Disponible en téléchargement sur http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_625971.
5. Zhong X. M. L'expérience de la professeure HUANG DI Jun dans le traitement de la sclérose en plaques. Zhen Jiu Lin Chuang Za Zhi 2006 ; 6 : 44-45.
6. Esposito B. Un cas de sclérose en plaques. La Revue Française de Médecine Traditionnelle Chinoise 1999 ; 184 : 162-168.
7. Wu J. Q, Qiao G. Q, Jin Z. Z. La sclérose en plaques selon la médecine traditionnelle chinoise. Acupuncture Traditionnelle Chinoise 2000 ; 3 :11-30.
8. Yang Z. G. 69 cas de sclérose en plaques traitée en acupuncture. Acupuncture Traditionnelle Chinoise 2009 ; 20 :107-109.
9. Heiko L. Multiple sclerosis revisited. Pacific journal of oriental medicine 2000 ; 30-49.
10. La Conférence Hippocrate. Sclérose en plaques. Document téléchargeable sur <http://www.laconferencehippocrate.com/conhipp/exneurol.asp>.
11. Blackwell R, Mac Pherson H. "Multiple sclerosis - staging and patient management." Journal of Chinese Medicine. 1993 ; 42 : 5-12.
12. Olsen SA. A review of complementary and alternative medicine (CAM) by people with multiple sclerosis. Occup.Ther. Int. 2009 ; 16(1) : 57-70.

13. Nayak S, Matheis RJ, Schoenberger NE, Shiflett SC. Use of unconventional therapies by individuals with multiple sclerosis. Clin. Rehabil. 2003 Mar ; 17(2) : 181-91.
14. Pages SA, Verhoef MJ, Stebbins RA, Metz LM, Levy JC. Utilisation de thérapies complémentaires et parallèles par les personnes atteintes de sclérose en plaques. Chronic. Dis. Can. 2003 ; 24 : 2/3.
15. Donnellan CP, Shanley J. Comparison of the effect of two types of acupuncture on quality of life in the secondary progressive multiple sclerosis : a preliminary single-blind randomized controlled trial. Clin ; Rehabili. 2008 Mar ; 22(3) : 195-205.
16. Rabinstein AA, Shulman LM. Acupuncture in clinical neurology. Neurologist. 2003 May ; 9(3) : 137-48.
17. Wang XG. Treatment of ninety-five cases of multiple sclerosis with acupuncture. World J. Acup-Mox. 2003 ;13(1) : 46-49.
18. Nagato, N. A case study of improved locomotion with Multiple Sclerosis. North American Journal of Oriental Medicine. 1999 ; 6:16 : 19.
19. Smith M, Rabinowitz N. Acupuncture Treatment of Multiple Sclerosis: Two Detailed Clinical Presentations. American Journal of Acupuncture 1986 ; 14:2 :143-146.
20. Bruham S et al. A single-blinded, randomized, controlled trial of acupuncture for symptomatic therapy of bladder dysfunction in multiple sclerosis. Neurology 2003 ; 60(suppl. 1) : P06. 118.
21. Lee H et al. Acupuncture application for neurological disorders. Neurol Res. 2007 ; 29 Suppl 1 : S49-54.
22. Brochet B. Les douleurs de la sclérose en plaques. Article APF SEP n°10-octobre 2003. Document téléchargeable sur <http://www.sclerose-en-plaques.apf.asso.fr/spip.php?article127>.