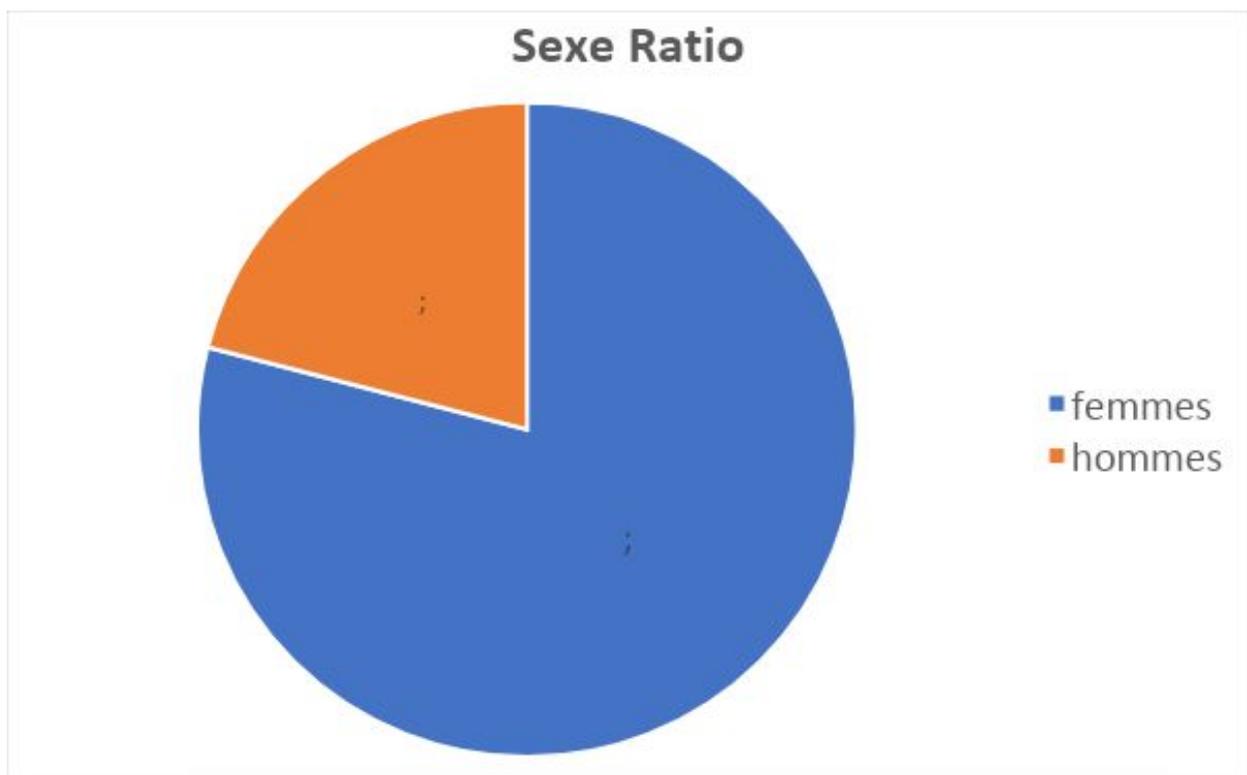


Avec l'aide je le rappelle d'un statisticien, mais malgré tout en toute modestie, nous pouvons vous livrer les données suivantes sur 2653 malades traité sur un espace +/-22 ans :

femmes: 2097 hommes: 556

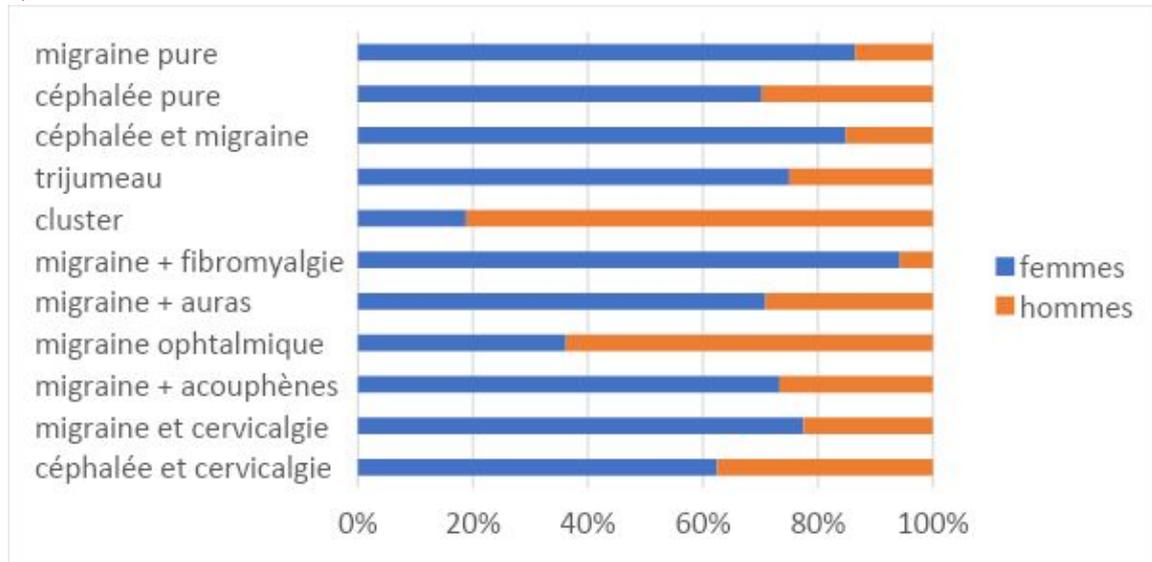
1 :sexe-ratio :

Comme prévu, la demande est fortement féminine et correspond aux chiffres ailleurs décrits !



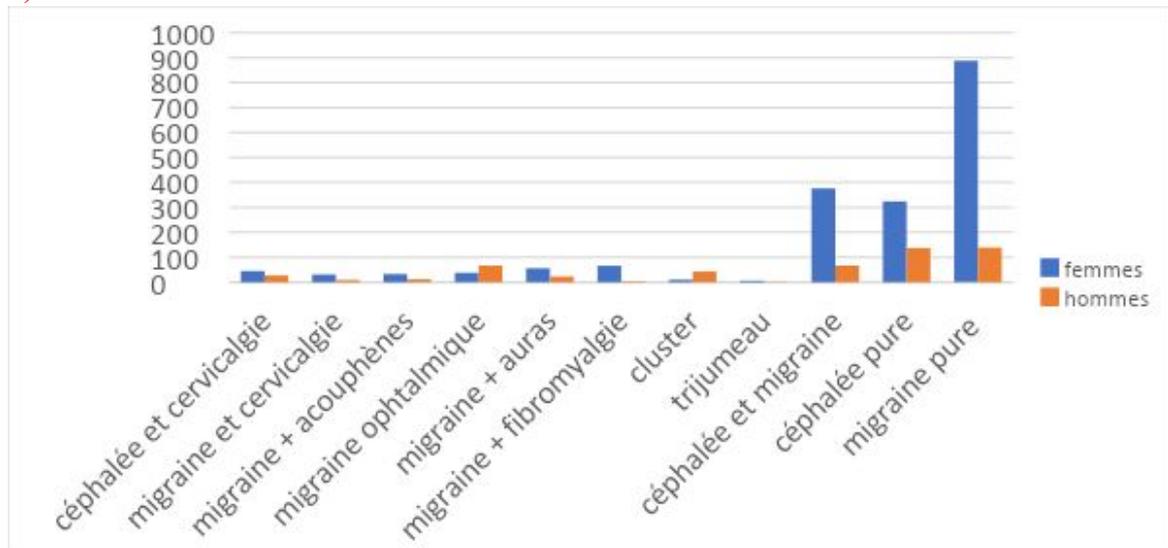
2 : ratio sexuel des pathologies prises individuellement:

a) en valeurs relatives :



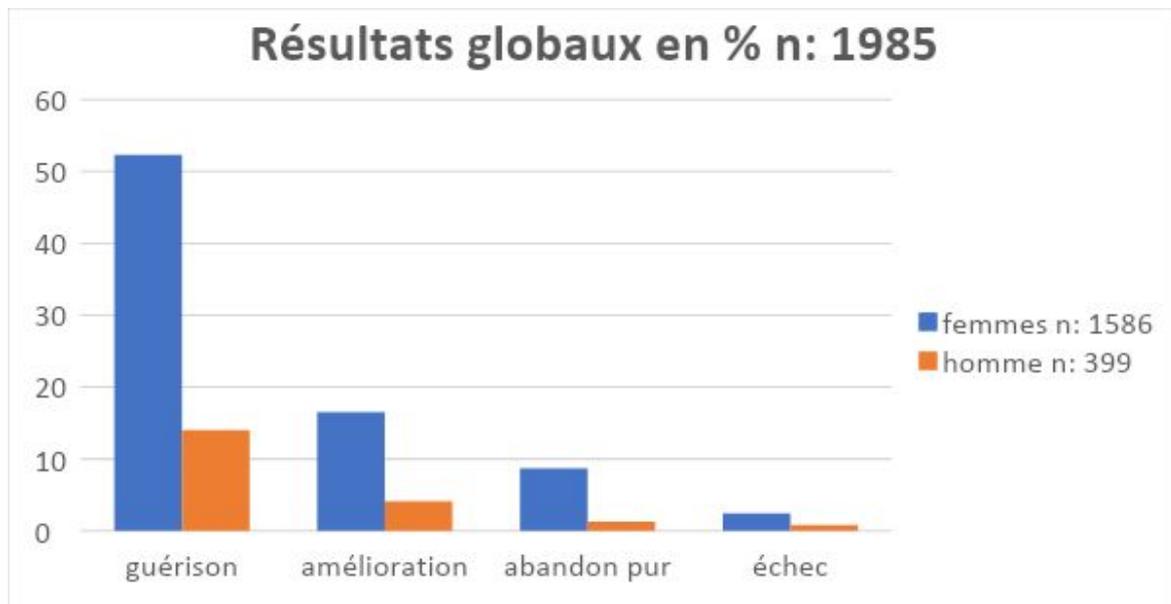
Les hommes font les favoris pour le cluster et signalent volontiers les cervicalgies.

b) en valeurs absolues :



Migraines et céphalées restent les demandes majeures par le nombre. Et bien sûr les femmes s'imposent en force.

c) résultats par sexe comparés globalement :



Résultats (+/-85%) assez comparables dans les grandes lignes pour la somme des guéris et améliorés;

Plus d'échecs chez les hommes (10%) et d'abandons (10%) pour les femmes. Résultats qui se comparent avec ceux de la SIM décrits plus haut. Le côté féminin péjoratif attaché à la migraine n'est pas justifié.

Les femmes ne guérissent pas moins bien que les hommes, bien au contraire.

Il est probable que la migraine et les céphalées chroniques sont et seront dans le futur et en toute justice à ranger dans les pathologies les plus à même de disparaître (pour la plupart) ou de s'améliorer (pour les autres minoritaires).

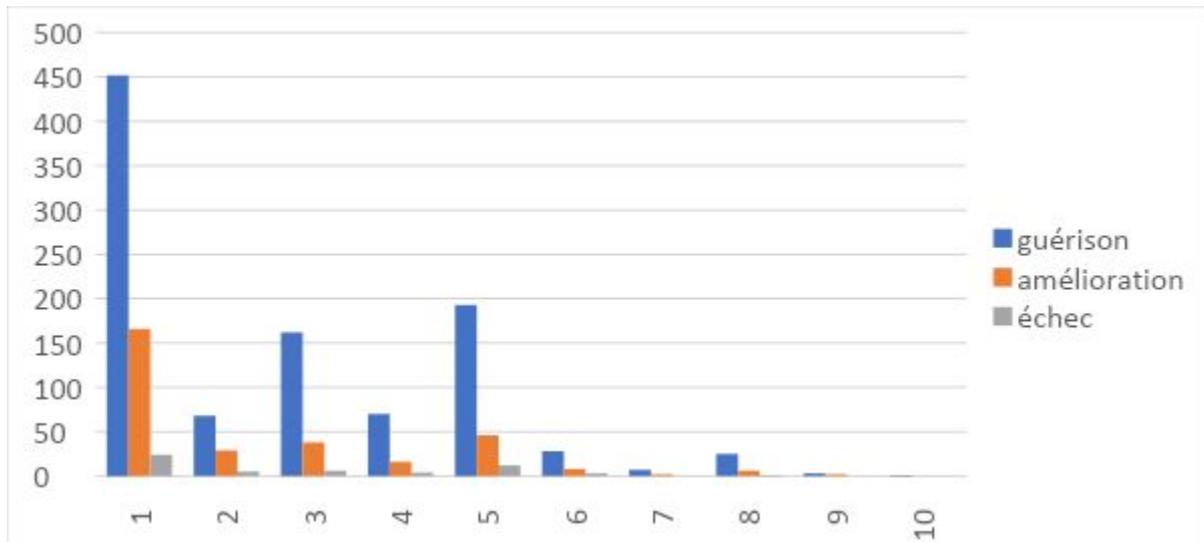
Les résultats plus que remarquables, ce qui n'est pas négligeable pour les thérapeutes, devraient laisser, un confort de pratique, lui évitant le risque de burn-out (qu'il faut attribuer surtout à la situation d'échec à laquelle la profession est régulièrement exposée dans une société qui n'accepte plus du tout le manque de performance!).

Bref, la profession médicale s'en trouve plus sereine.

d) résultats par sexe comparés pathologie par pathologie:

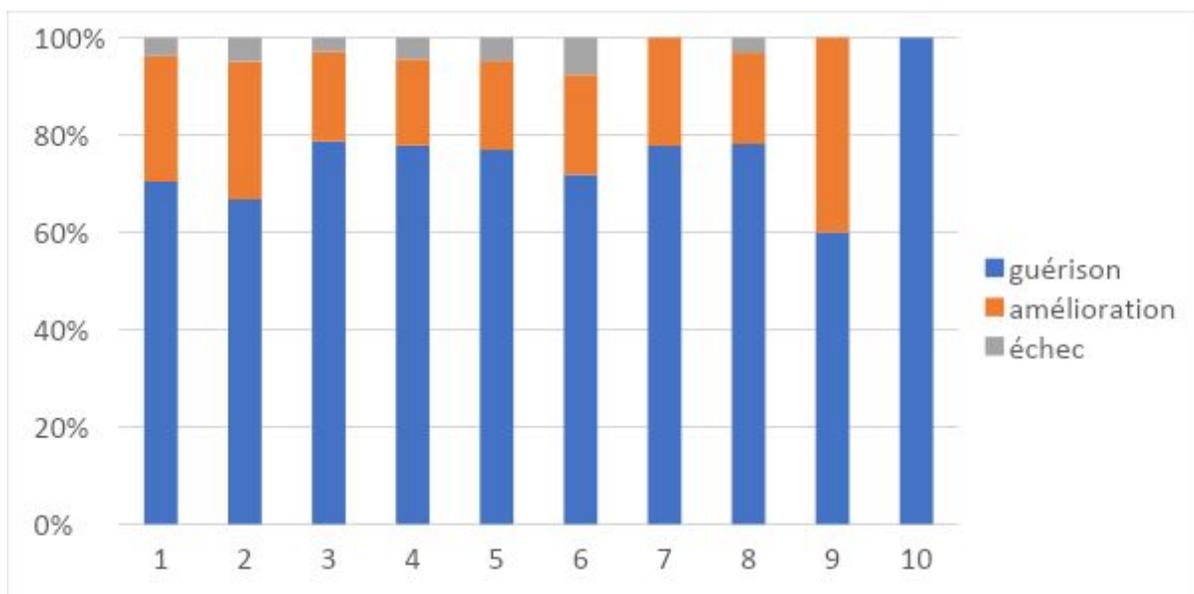
En excluant tous les abandons « secs » (en gardant les améliorations-abandons), il nous reste un échantillon de 1377 patients qui ont achevé le programme thérapeutique de façon conforme.

d1) : en valeurs absolues : n: 1377

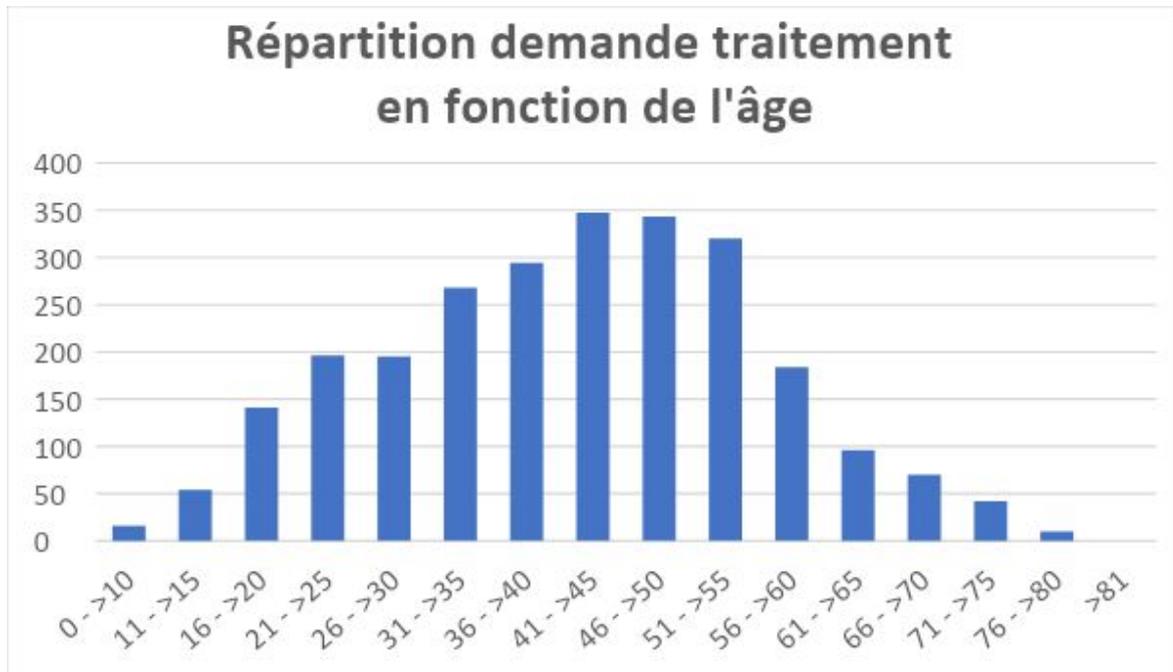


d2) : en valeurs relatives : n: 1377

Dans le détails de chacune des pathologies, pas de différences significatives entre les sexes. Le taux d'échec est toujours inférieur à 7%. Les conclusions pour les clusters et trijumeau sont plus difficiles en terme de conclusion vu le petit nombre (: 18 & 5).



3) Répartition de la demande de traitement selon l'âge :



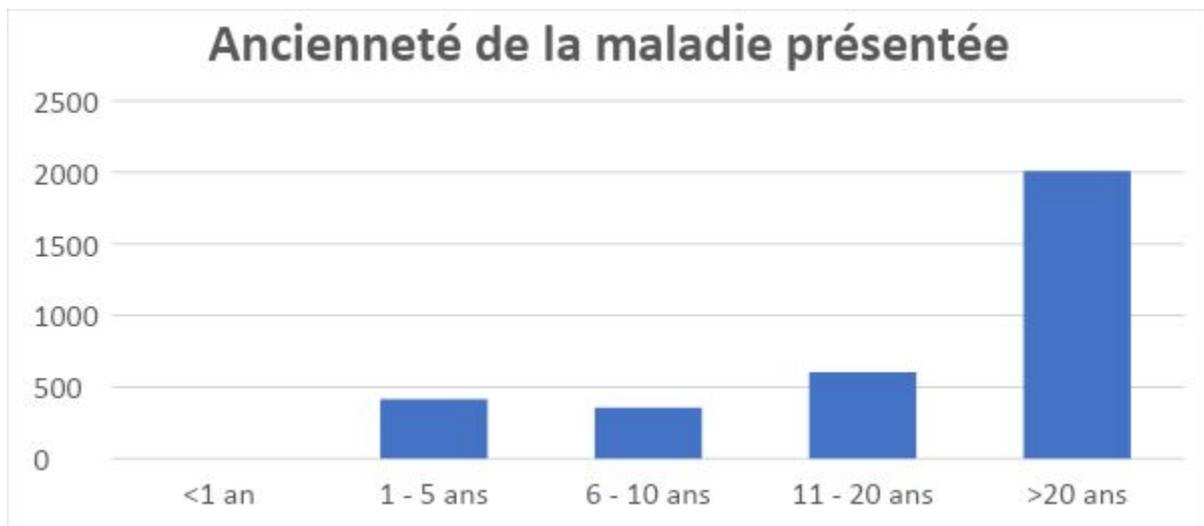
La majorité des demandes va de 20 à 60 ans : 91,8%.

En raison sans doute des moyens sociologiques plus confortables dans cette tranche d'âges et qui permettent les consultations plus difficiles d'accès (déplacements coûteux, prix des consultations majorés).

Des patients qui peuvent déjà avoir fait un long parcours du combattant avant de «tomber» en MYOTHERAPIE : technique plus récente et peu connue.

Pathologie dans la période la plus active de la vie.

4) Ancienneté de la pathologie au début du traitement en myothérapie :

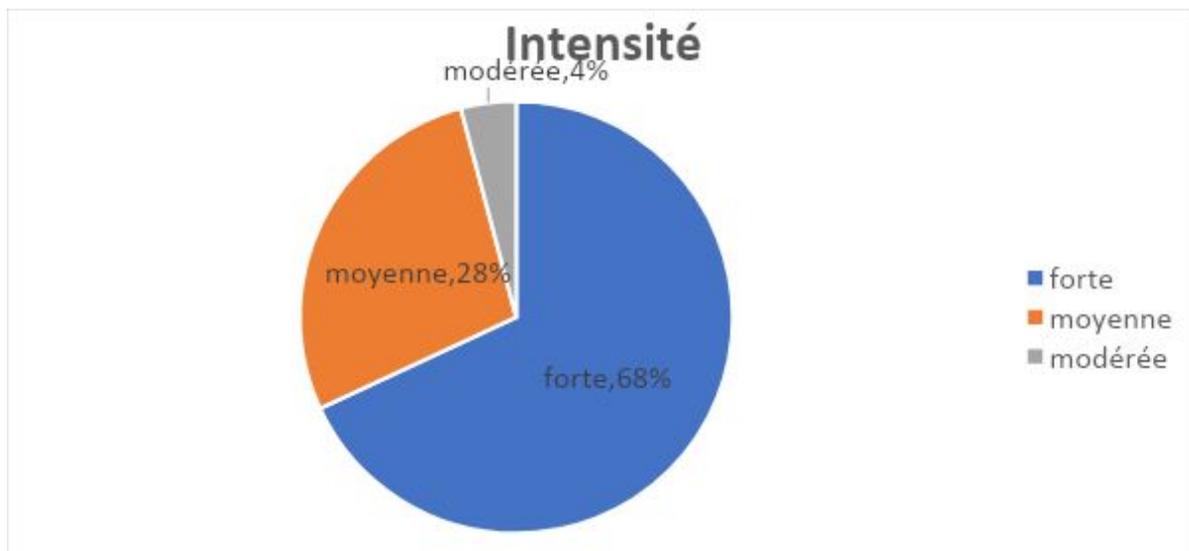


La majorité des demandes (59%) concerne des patients qui connaissent la maladie depuis plus de 20 ans!

Dans l'état de connaissance faible et insuffisante de la myothérapie comme alternative aux traitements habituels, le public passe ses premières années de traitement dans le parcours classique proposé par les neurologues et les médecines alternatives.

La décision de se faire traiter en myothérapie est à ce jour plutôt un aboutissement dans un long parcours. Il n'en sera pas de même dans le futur, espérons-le.

5) Intensité estimée de la pathologie au départ du traitement :

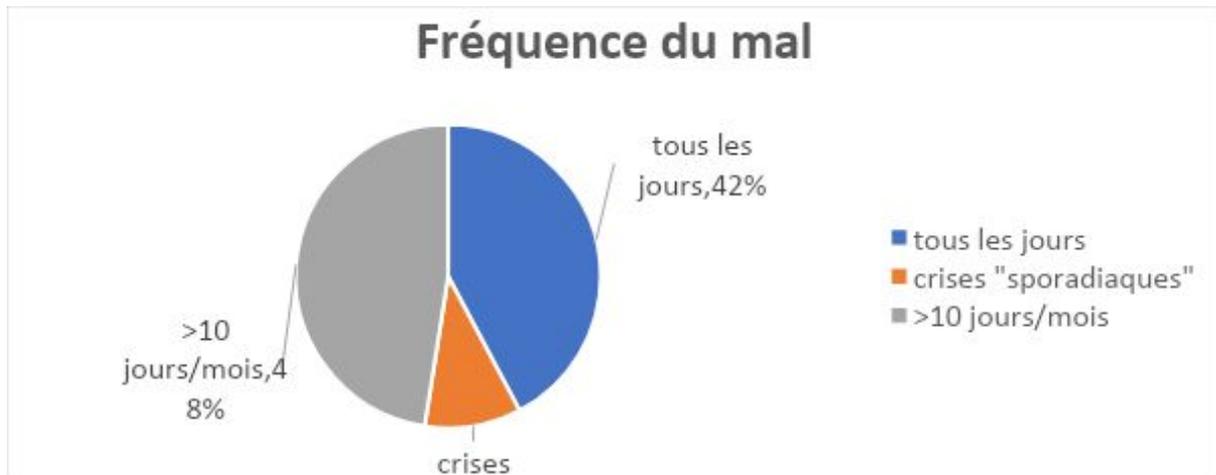


L'arrivée des malades est quasi toujours justifiée par une motivation forte : la vie est insupportable, rien de moins dans la majorité des situations.

La myothérapie (et les techniques décrites ici, qui complètent l'approche holistique du malade) : ne s'adresse pas du tout aux malades mineurs, mais aux déçus de parcours souvent déjà en état très « Hard », parfois proche du suicide.

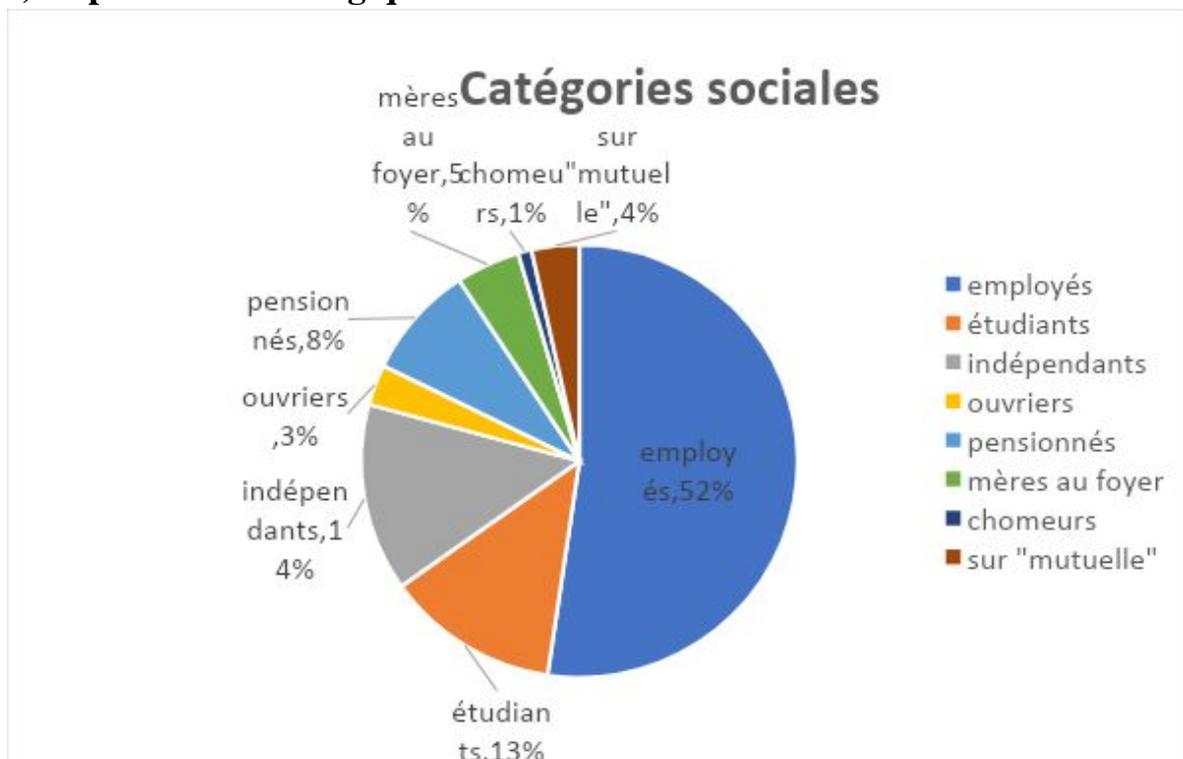
L'importance exacte de cette pathologie comme motivation chez les candidats au suicide ne m'est d'ailleurs pas connue.

6) Fréquence du mal : n: 1477



Vous serez surpris ici, de me voir définir le terme « sporadique » à moins de 10 jours d'inconfort douloureux/ mois, ce qui est pourtant bien souvent énorme dans les faits : avoir six jours de migraine / mois et dans le profond de son lit, isolé du monde , de ses amis et de sa famille et se faire qualifier de sporadique, est discutable, j'en conviens et ne signifie pas banal dans mon esprit! Nullement. Vous ne serez pas moins étonnés d'apprendre que quasi 42% ont mal tous les jours! Mais cette définition ne tient pas compte de l'intensité, de modérée à insupportable.

7) Répartition sociologique : n: 2608



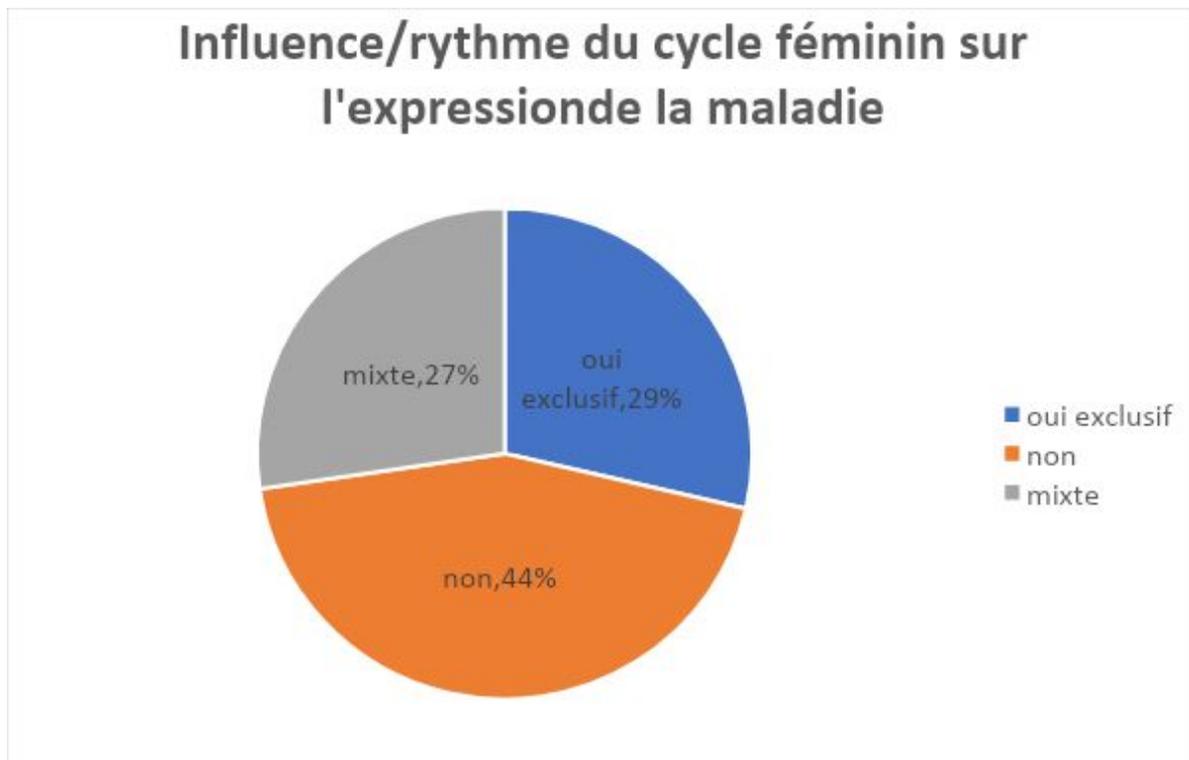
Toutes les catégories sociologiques sont touchées.

Je ne vois pas d'autres déductions utiles dans ce graphique, si ce n'est peut-être une difficulté probable (provisoire?) d'accès à ce traitement pour les couches modestes de la population.

La mobilité, une disponibilité convenable, à moins que cela ne soit une atteinte plus intense des sédentaires supposés, rendent compte de la sur-pondération des employés, pensionnés, mères au foyer.

Les étudiants sont très motivés et surtout à l'approche des blocus!

8) Influence cataméniale (les règles!) : n: 2715 (femmes!)



Assimiler la migraine aux seules manifestations hormonales est abusif.

La présence et la responsabilité des oestrogènes pour les femmes touchées ont longtemps question beaucoup de gynécologues : amis ou ennemis, ces hormones? Le débat chez eux n'est sûrement pas clos.

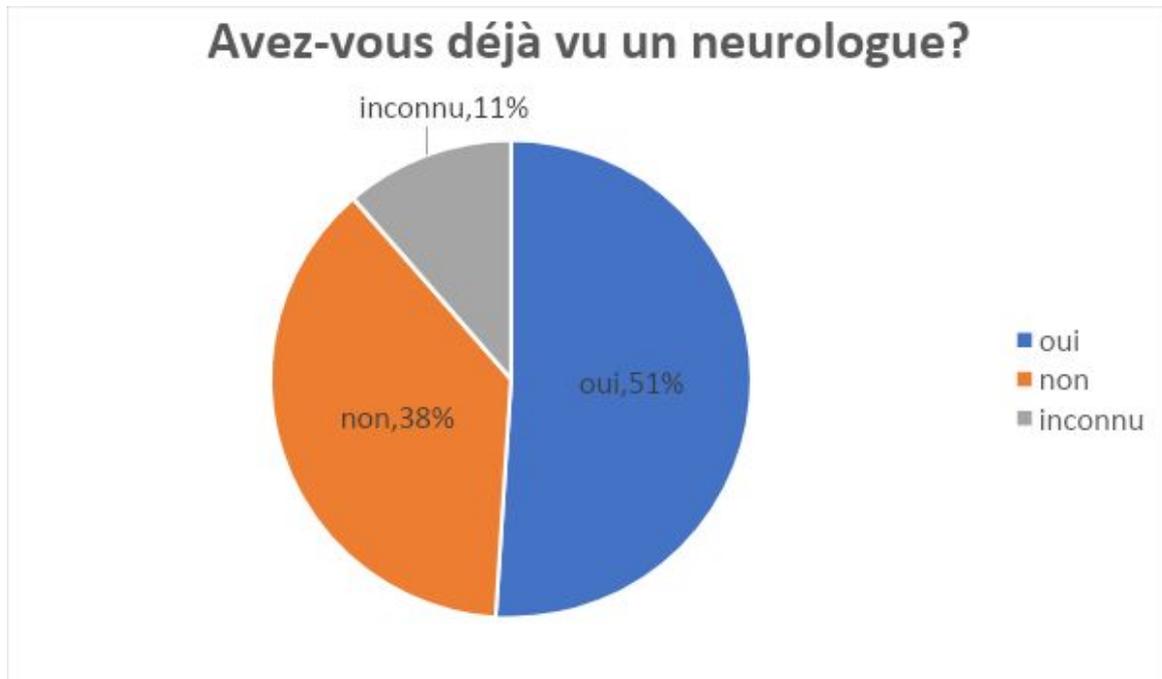
La question est pour moi de bien maîtriser tout qui touche à la contraception, aux traitements substitutifs de la ménopause.

Mais aussi d'apprécier chez chacune sa capacité de métabolisation hépatique, de destruction autrement dit de ces hormones à l'action tonique sur les muscles.

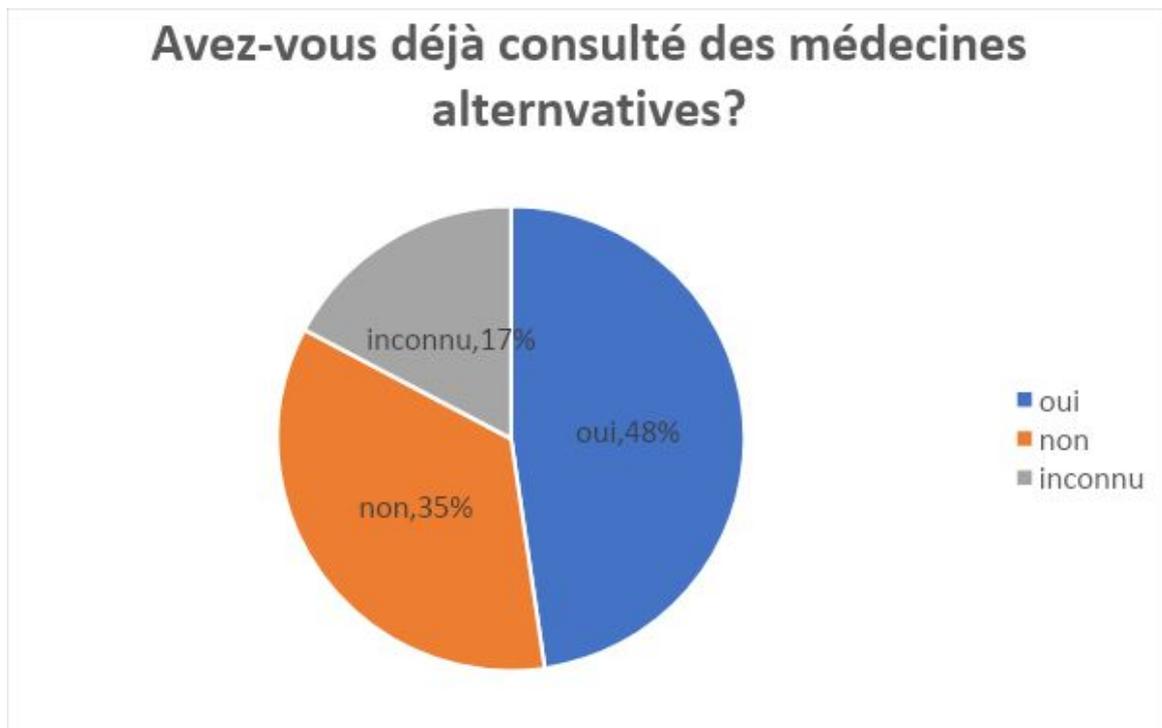
Et surtout, en l'absence d'un traumatisme (pieds, nuque, coccyx) pour expliquer classiquement la survenue de la maladie, ou d'autres troubles endocriniens simultanés (thyroïde!)

9) Thérapies antérieures utilisées avant la myothérapie : n: 2540

1. Consultation en neurologie



2. Consultation médecines alternatives

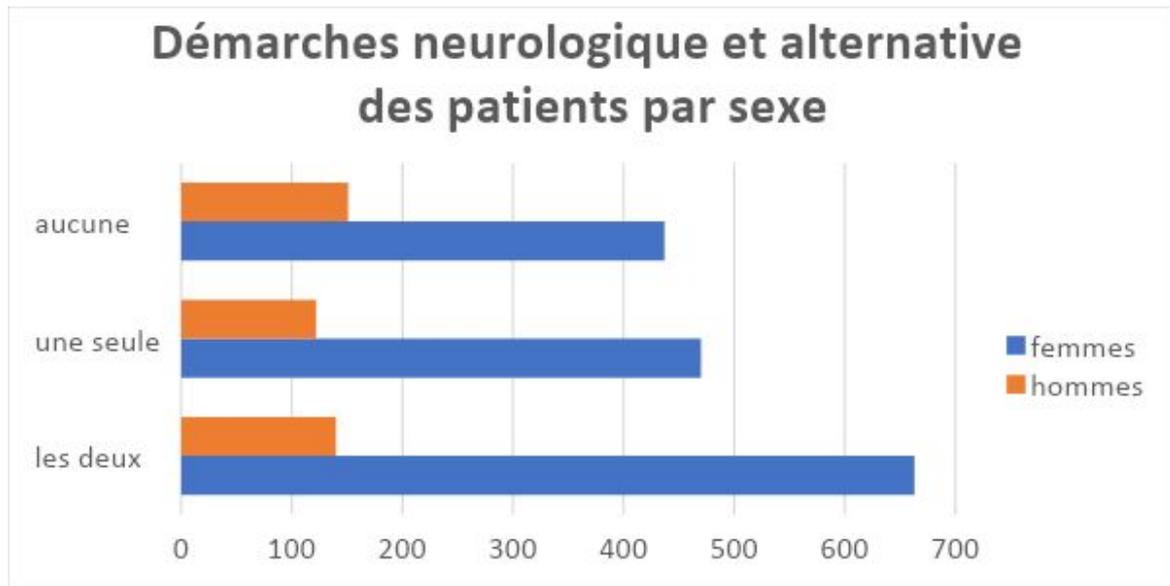


Les patients n'ont guère privilégié la voie « classique ». Les neurologues et les médecins alternatifs semblent bénéficier d'une égale attraction. Pour la majorité des patients qui répondent, il y a déjà eu contact avec la neurologie.

Le graphique ne dit pas par où commenceraient les malades dans sa démarche thérapeutique.

Je crois, a priori, qu'aucune démarche première ne l'emporte.

10) Démarches neurologique et alternative des patients par sexe : n: 1983

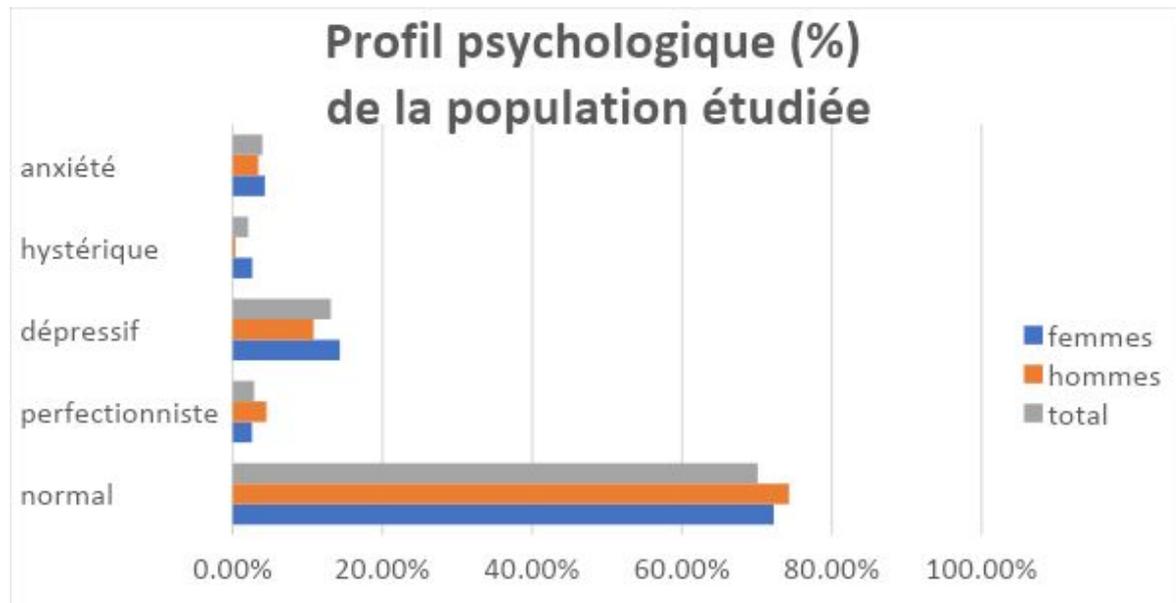


Parmi ceux et celles dont la démarche thérapeutique antérieure est connue (1983/2540 soit 78%) : il apparaît que les femmes ont été plus larges dans leurs recherches de traitement : sévérité du mal ou tempérament opiniâtre du sexe féminin : elles sont nombreuses à avoir essayé les deux voies.

Les femmes plus entreprenantes, ont à peine un petit faible pour l'alternatif. Les hommes, moins actifs, sont un petit peu plus en faveur du neurologique.

11) Profil psychologique des patients : n: 2653

Sur 2653 patients, migraineux et ses variétés céphalalgiques chroniques, nous trouvons le profil général psychique suivant :



Commentaires personnels :

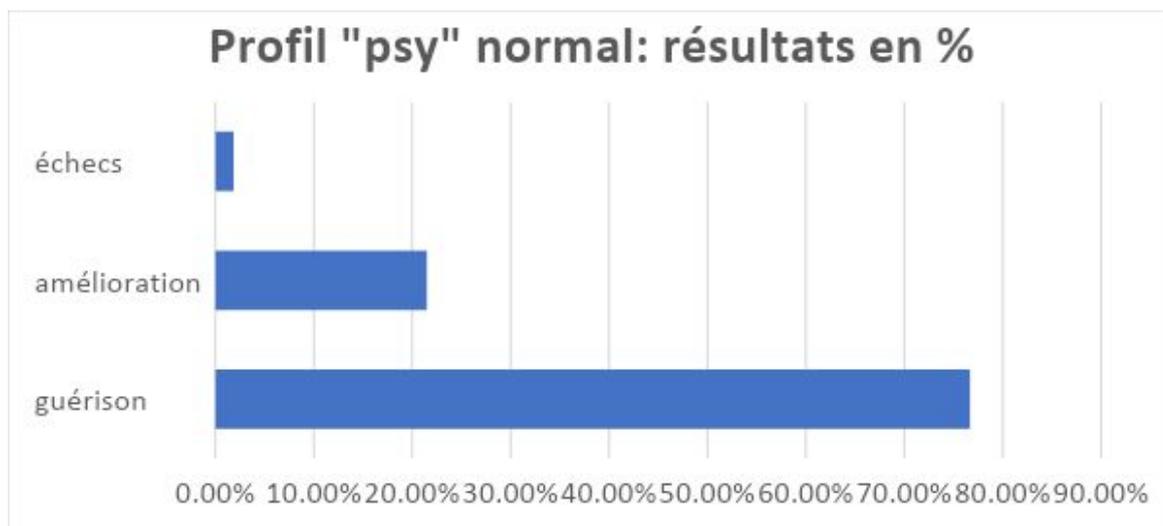
Les médecins, fort critiques en moyenne, sur le contexte psychique de leur patientèle, doivent constater ici, que les malades qui consultent dans la matière qui nous occupe ici, diffèrent par la solidité psychique (70% normal!) : il y a sélection d'une patientèle particulièrement informée et motivée, et jusqueboutiste.

Et de plus, il ne me paraît donc pas légitime de taxer ces malades de perturbés psychiques, réputation qui leur colle à la peau, tant dans la population en général que dans le monde médical.

Encore moins de poser le terrain psychique comme hypothèse étiologique de la pathologie.

Cela n'exclut pas que cette maladie puisse perturber grandement les activités professionnelles, affectives, culturelles de ceux-ci et prêter à cette population injustement commentaires et quolibets peu flatteurs.

Supposons maintenant que l'on se trouve être dans la situation idéale de départ, à savoir un profil psychique équilibré et apr ailleurs avoir de la suite dans les idées (être courageux, donc ne pas abandonner), voici les résultats que l'on peut attendre :

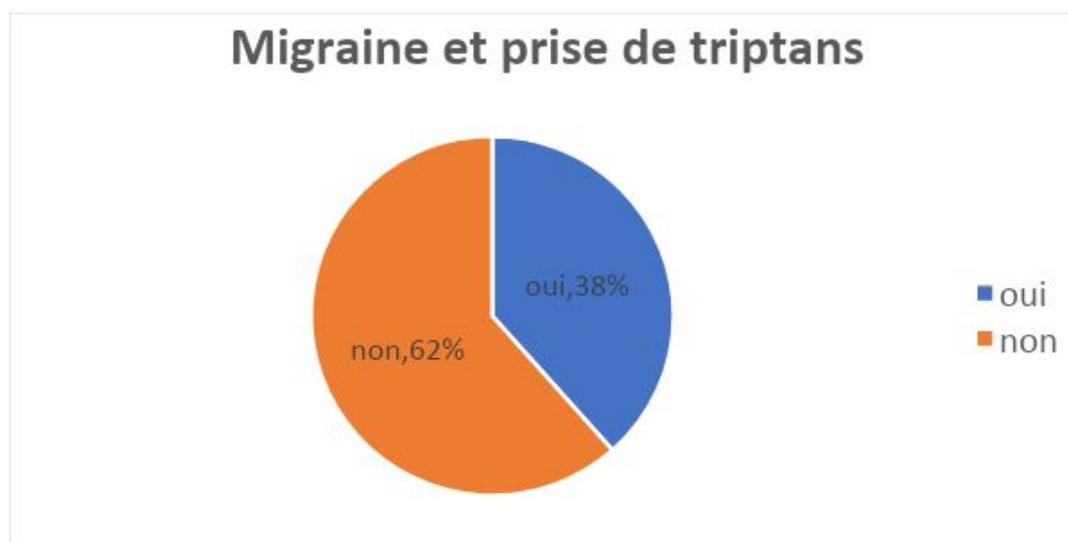


97% des patients en sortiraient avec bonheur ! Un résultat quasi Stalinien diront les grincheux.

Mais ce profil idéal n'est pas obligatoire pour prétendre raisonnablement profiter de l'approche thérapeutique décrit ici.

12 : Usage antérieur de triptans et antiépileptiques, antidouleurs, isolément et associés chez les migraineux (à l'exclusion des céphalalgiques donc, car cela ne peut-être une indication valable pour ces derniers)!

a) Triptans : n: 2586



Sans être la majorité, les migraineux (et clusters!), sont nombreux à recourir aux Triptans.

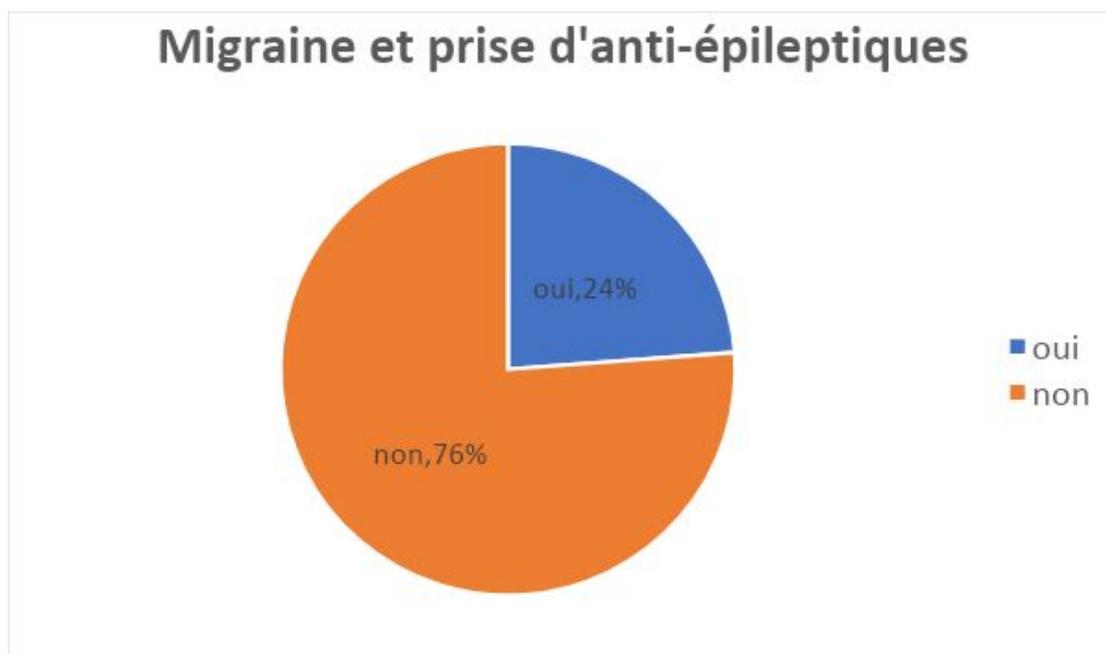
Les répercussions à longs termes, à titre individuel ou de société, devraient absolument être investiguées vu les dangers vasculaires aigus et chroniques que,

de façon prévisible (intellectuelle), on peut craindre pour l'usage de ces produits vasoconstricteurs.

Une fois de plus je ne peux que conseiller la lecture au minimum des notices et précautions décrites dans les notice. Lorsque vous lirez angine de poitrine, infarctus, et même céphalée, vous comprendrez que la vasoconstriction touchera votre coeur, vos reins et surtout les vaisseaux de votre cerveau qui délivrera fatalement moins d'oxygène au cerveau et favorisera le dangereux ralentissement circulatoire prémice de la thrombose.

La prescription par le neurologue doit obligatoirement comporter le «conseil éclairé» du malade des risques encourus!

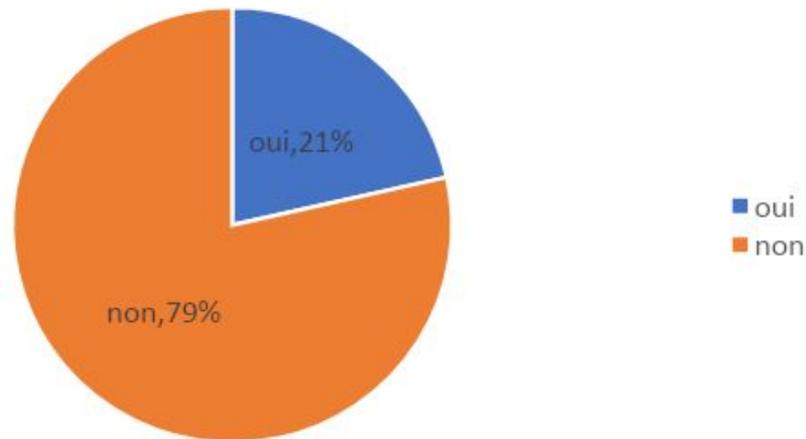
b) Anti-épileptiques : n: 2519



L'usage au long court et de façon quotidienne des anti-épileptiques se justifierait moins par les neurologues, à moins qu'ils ne séduise pas les malades. C'est logique: la migraine n'est pas une épilepsie, ni rien d'approchant!

c) Triptans et anti-épileptiques

Migraine et passage double (mais pas forcément simultané) aux triptans et anti-épileptiques

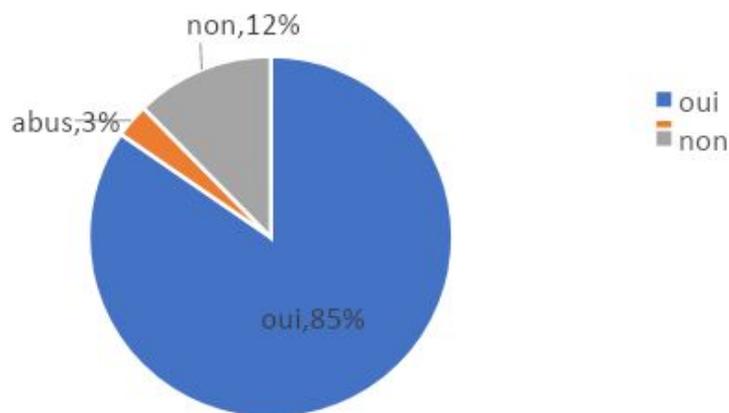


21% des migraineux ont essayé les lignes de traitement les plus courants des neurologues: triptans et anti-épileptiques, avec un succès médiocre, puisqu'il me consultent pour dépasser l'échec passé.

Rapporté aux malades qui ont consulté les neurologues, cela doit correspondre à 25% qui ont goûté de toute l'artillerie lourde.

d) Analgésiques et anti-inflammatoires : tous maux de tête confondus:

Maux de tête et usage anti-inflammatoires et antidouleurs



Ils sont rares ceux qui n'avaient jamais essayé au minimum les médications de base, seuls ou en complément des triptans et anti-épileptiques.

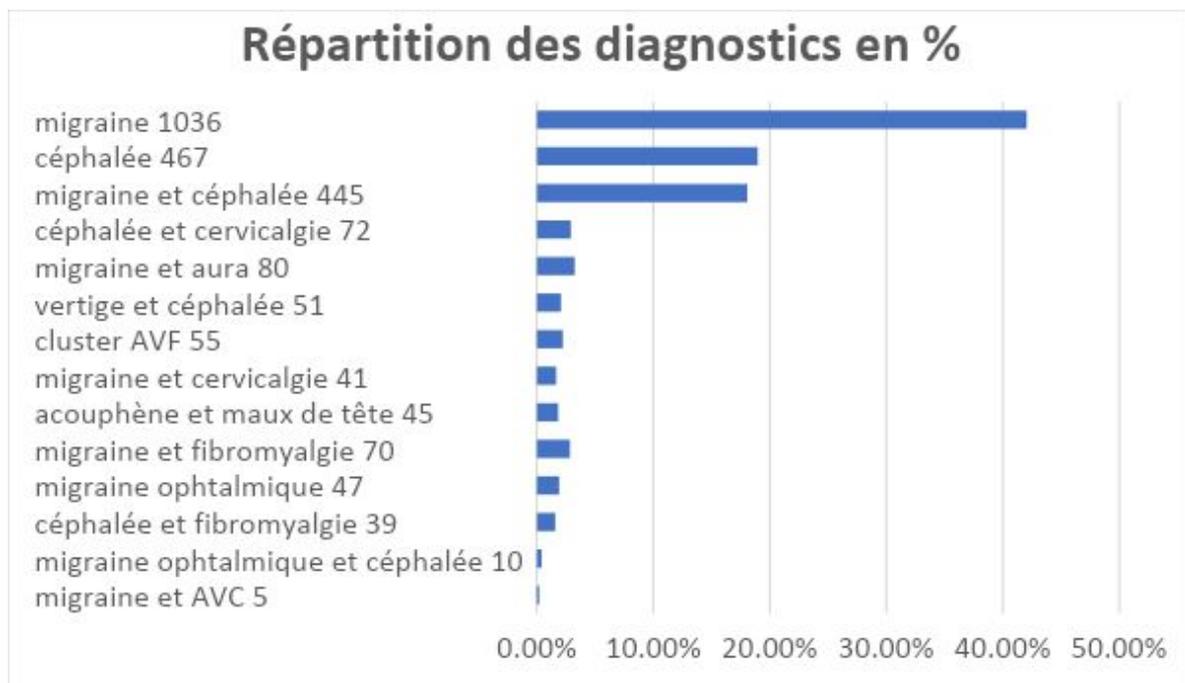
Eux aussi sont porteurs de toxicité, hépatique et surtout rénale, ne l'oublions pas, et aussi assez lourds au niveau financier.

Les abus sont sous-estimés ici, car je n'ai guère voulu culpabiliser mes patients avant d'être sûr que cela puisse être indispensable.

La plupart des malades abandonneront d'eux mêmes les médicaments en cours de traitement en voyant les assez rapides modifications de mode, d'intensité de leurs douleurs;

Mais dans les cas de résistance thérapeutique myothérapique et endocrinienne combinées, il me reviendra de suspecter l'abus des AINS et antidouleurs, car c'est une cause bien connue de la chronicisation de la migraine/céphalée. Sevrage nécessaire mais facilité par le travail déjà effectué préalablement et donc l'expression de l'efficacité en était retardée.

13) Types de pathologies présentées :



Heureusement, pour les malades, les formes avec auras mais surtout les algies vasculaires de la face, les névralgies du Trijumeau sont les formes les plus rares.

Les migraineux sont plus nombreux à consulter que les céphalalgiques purs : ils sont plus motivés par le niveau de douleur et inconfort supérieur : le vie, le travail est davantage compromis!

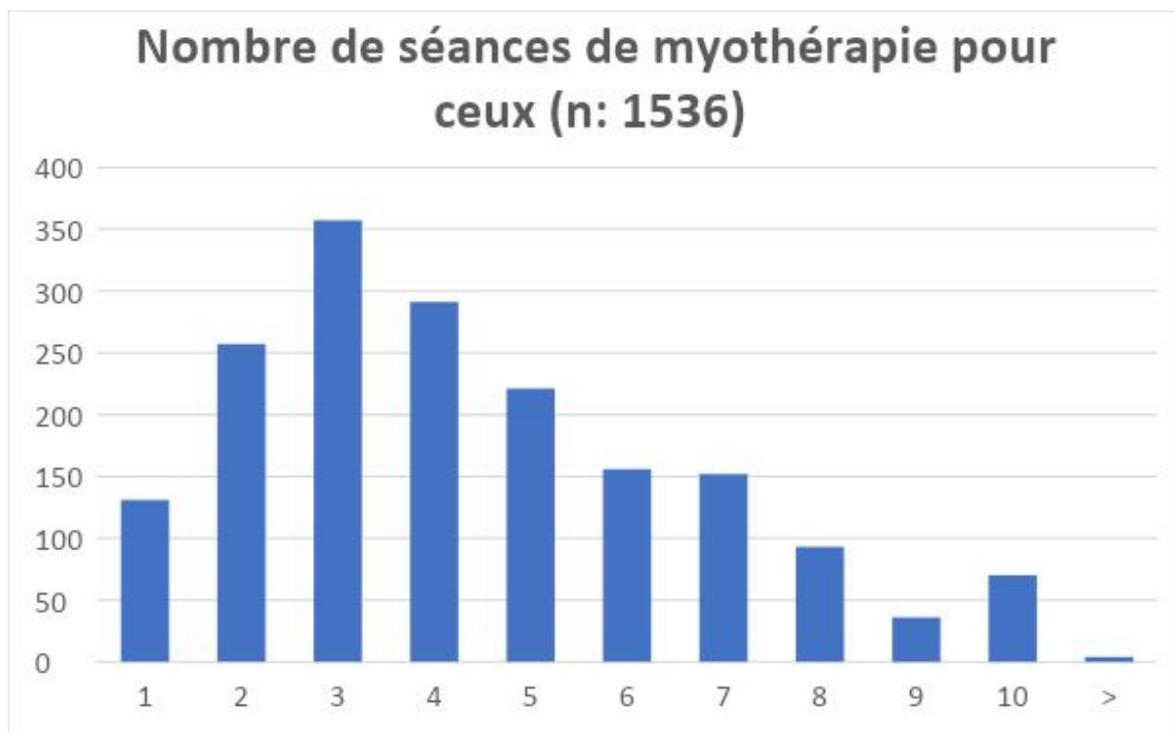
L'existence de formes mixtes (migraine et céphalée juxtaposées), montre l'inutilité de classements neurologiques trop précis (DSM IV).

Elle renforce l'idée d'une pathogénie commune et explique les évolutions d'une forme vers une autre, puis éventuellement dans le sens inverse....

La coexistence parfois de pathologies comme la fibromyalgie, les acouphènes et les vertiges plus sûrement avec les pathologies migraineuses et céphalalgiques laissent entrevoir des causes communes, avec éventuellement des rapports différents des facteurs morbides entre eux : cause endocriniennes, traumatiques, iatrogènes, psychologiques, hémodynamiques etc...

La maîtrise d'un secteur, comme il semble maintenant le cas pour les maladies migraineuses et céphalalgiques laissent supposer d'autres conquêtes possibles pour des maladies réputées chroniques et incurables : les acouphènes, les fibromyalgies...

14) Nombre de séances de traitement : n: 1536



77% des malades consulteront de 3 à 7 fois.

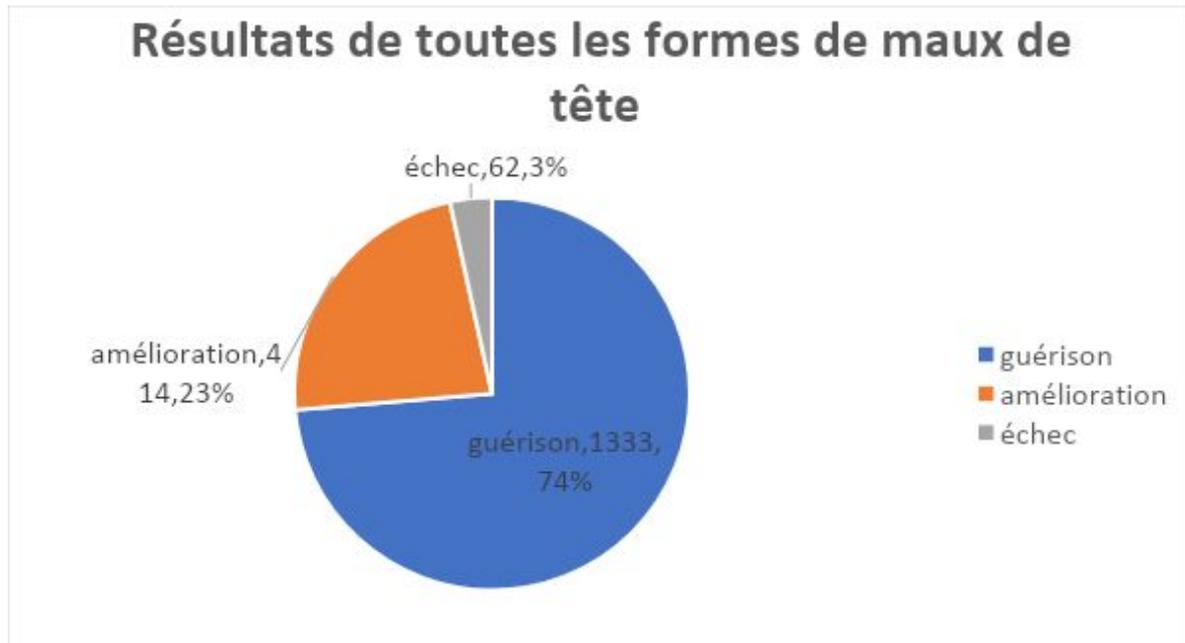
Pour éteindre bien souvent un processus morbide réputé tenace, cela semble raisonnable même si les séances durent de 1 heure à 1 heure et demi!

Il n'est pas toujours prévisible au départ d'évaluer la longueur du traitement, même s'il semble que le travail soit d'autant plus rapide que :

- l'affection est plus récente ;
- le patient est plus jeune ;
- le patient est plus détendu ou capable de se détendre (et de faire confiance) ;
- qu'il n'y a pas de correction hormonale sérieuse à entreprendre ;
- que le psychisme soit positivement orienté vers un succès.

15) Taux de guérison : n: 1809

Après élimination des cas réorientés, ou qui abandonnent sans raisons connues en cours de traitement, enfin les perdus de vue, il est possible de présenter les résultats pour le moins exceptionnels:



Le taux de guérison semble quelque peu inférieur que ceux rapporté par la SIM (cfr plus haut: 74% versus 73 et 80%).

Soit je suis moins bon myothérapeute, soit plus exigeant dans mes critères, soit les malades qui se sont présentés à moi après publication (femmes d'aujourd'hui sept 2006), étaient les plus motivés (et des plus atteints) par leur haut grade ou intensité de pathologie.

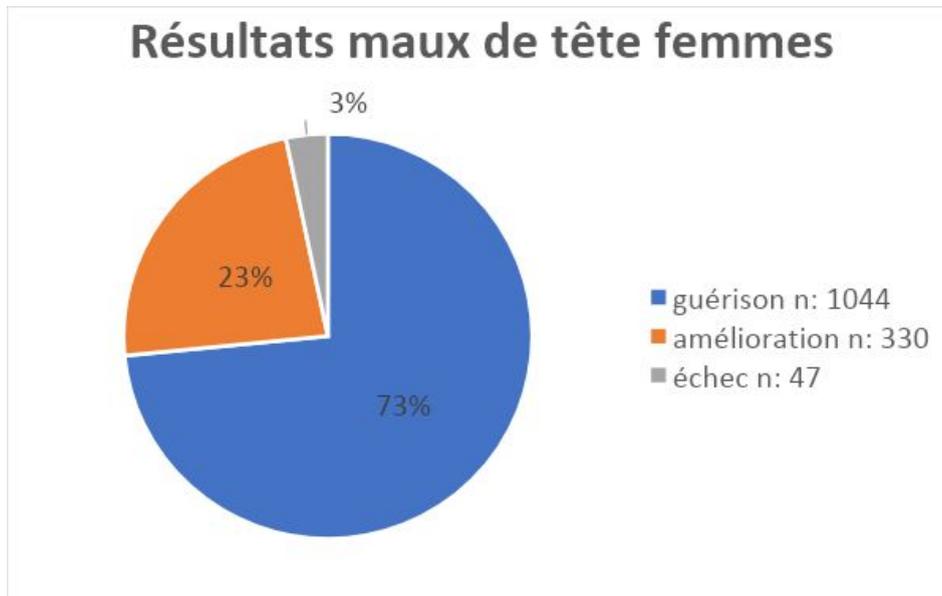
Les abandons (non repris dans le graphique ci-dessus ,mais calculés à 8% des consultants approximativement) très précoces montrent le manque « de suite dans les idées » dès le départ (avant la 3^o séances généralement) pour certains malades.

Il est utile que le thérapeute s'exerce à les dépister le plus rapidement, afin de tester leurs motivations.

Les 3% d'échec deviennent obligation de poursuivre les recherches des paramètres morbides encore inconnus de cette maladie .

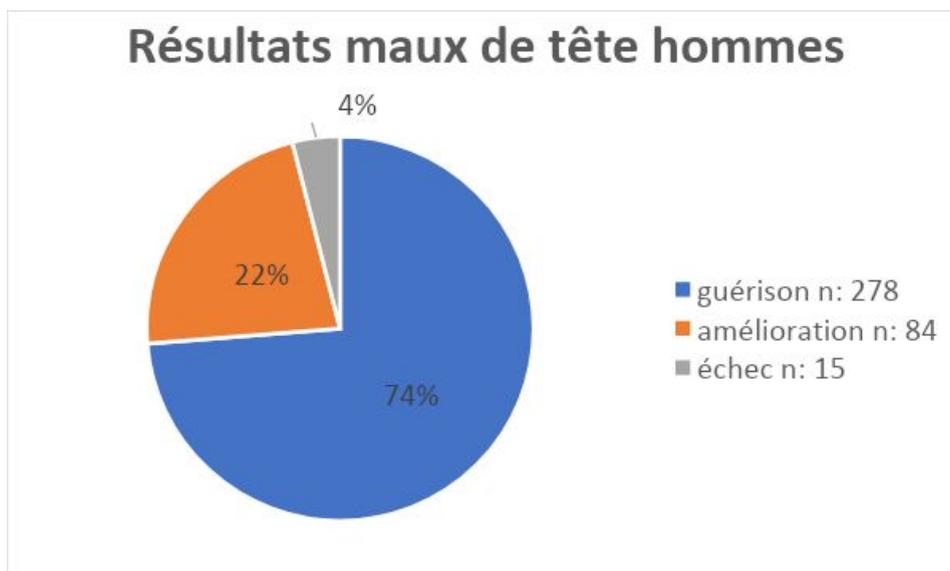
Les améliorations acquises lors du congédiement du malade sont peut-être devenues à notre insu des guérisons. Des questionnements par mail, des années après le passage, laissent entrevoir cette possibilité comme non rare.

15a) Résultats patientes : n: 1421



97% de bons résultats pour les courageuses, cela se passe de commentaire.

15b) Résultats patients : n: 377



97% des femmes, 96% des hommes ont fait une démarche utile, en rencontrant cette méthode de travail.

J'en profite pour relever que finalement le climat hormonal propre aux femmes (les oestrogènes) si souvent invoqué comme responsable de tous ces maux de tête n'entraîneront pas de préjudice dans les résultats thérapeutiques des femmes à comparer aux compagnons d'infortune masculin.

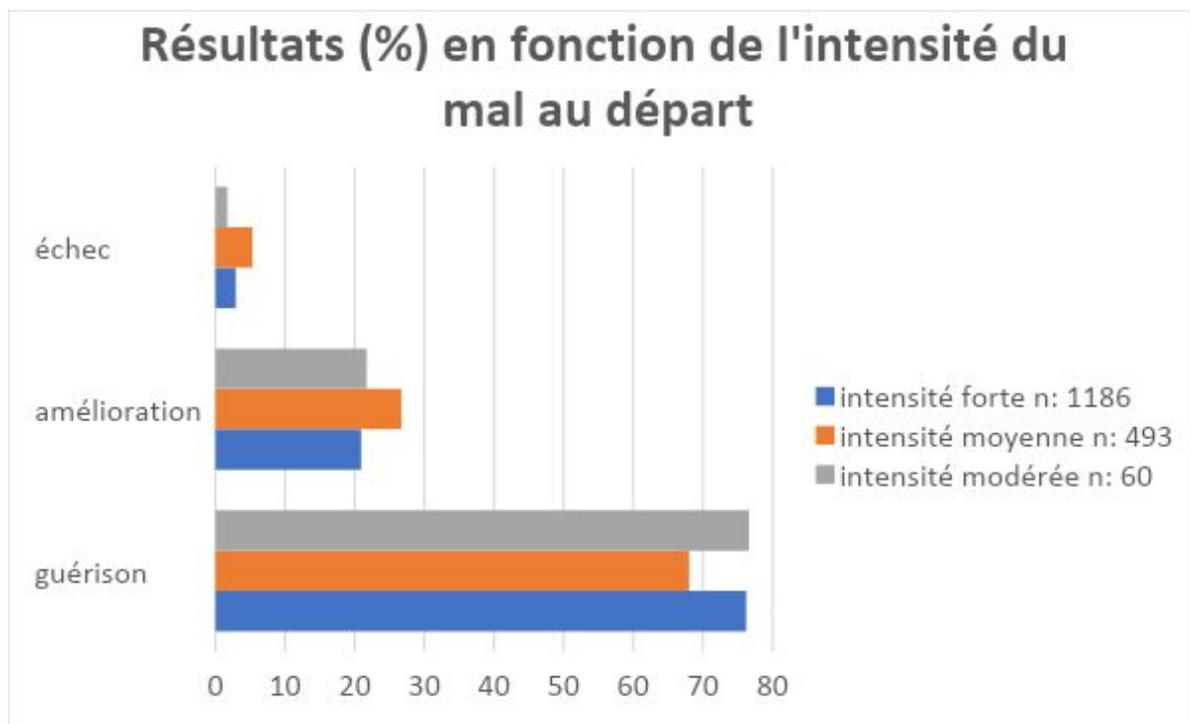
Un argument de plus pour remettre à la place toute relative la responsabilité des hormones féminines dans la genèse de la maladie et lui reconnaître un facteur

environnemental au plus , comme d'autres facteurs tels alcool, manque de sommeil, vent froid, etc...

Et d'expliquer aussi les maigres résultats à changer de pilule, à la mettre en continu, à disposer des paths hormonaux pendant les règles.

16) Répartition des résultats en fonction de l'intensité de la maladie au départ:

Ici je compte garder en étude les abandons purs pour chercher à percevoir s' il y a un rapport entre abandon et intensité du mal au départ :



La surprise pour le profane , mais aussi pour les professionnels de la migraine, est que l'intensité du mal au départ du traitement n'influence pas le pronostic et la proportion des abandons !

Les Algies vasculaires, les migraines avec auras, les migraines ophtalmiques, les migraines accompagnées , ne guérissent pas moins bien que les céphalées (souvent fortes et tenaces même si sans signes de vomissement, nausée etc..)

Mon sentiment, va même jusqu'à penser que plus la pathologie est sévère (mais caractérisée et donc facile à dénomer), plus rapide est la guérison : mais cela reste un mystère quant au pourquoi !

Comme il me plaît souvent de l'expliquer d'emblée aux patients qui se présentent et qui souhaitent avoir un « pronostic » en fonction de l'intensité reconnue ailleurs de leur mal (diagnostics faits par les neurologues eux-mêmes) ,il me revient de leur déclarer que du bonheur au malheur et vice-versa , il y a quelque chose de l'épaisseur d'une feuille de cigarette :un événement banal

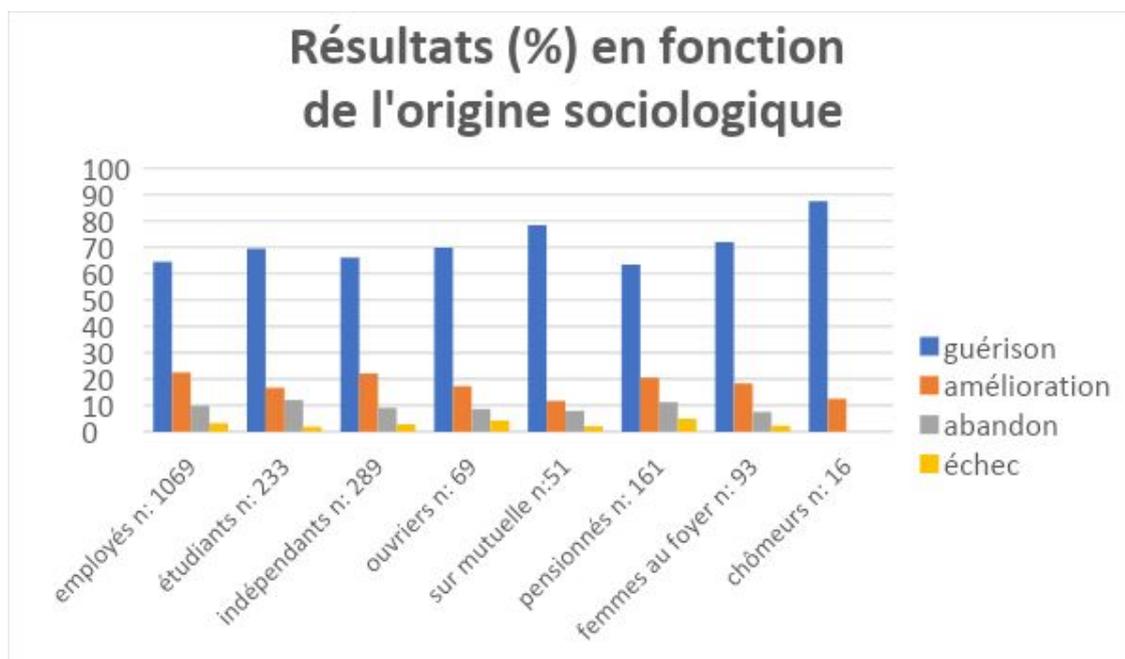
(traumatique) peut vous faire basculer dans l'horreur de la douleur, et un traitement d'allure banale vous rendre la santé; il n'y a pas proportionnalité!

Pour un traumatisme évalué comme quasi banal par beaucoup de traumatologues qui ne voient ni fracture, ni rupture musculaire, tendineuse etc ..on peut basculer dans quelques semaines ou mois dans l'horreur, d'une algie vasculaire de la face ou une migraine ophtalmique.

A l'inverse un traitement bien compris, bien mené par les principes ici exposés, peut vous sortir de l'enfer en quelques 2 séances parfois de seule myothérapie ! Rien à ce jour n'a jamais été décrit de tel, ailleurs, dans une autre technique. (sauf peut-être en ostéopathie!)

Mais a probablement été vécu par un nombre de plus en plus grand de myothérapeutes formés et forcément encore émerveillés.

17) Répartition des résultats selon catégories sociologiques :



Le taux d'abandon est important chez les étudiants et les pensionnés.

Pour les premiers, souvent des universitaires, il manque souvent encore le souci de l'agenda, les moyens financiers, et la capacité de s'excuser pour un rendez-vous manqué qui permettrait de remonter dans le traitement.!

Le problème n'est pas du tout le même dans le cycle moyen ou inférieur ou l'étudiant est accompagné systématiquement (les parents et chauffeurs.).

Les échecs sont plus nombreux chez les pensionnés, plus déprimés et plus difficiles à détendre sur table de myothérapie.

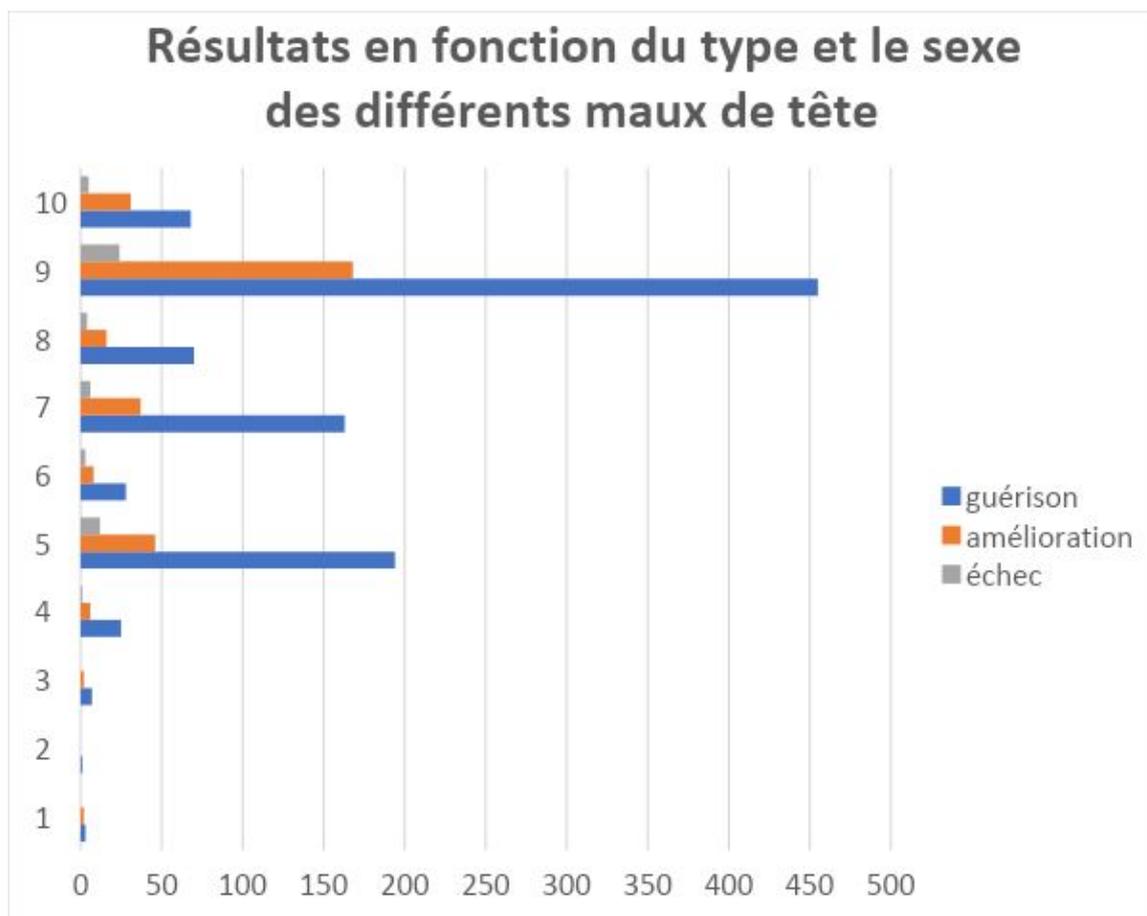
Rien à voir avec les raideurs arthrosiques qui feraient obstacles à la réussite. Ou assez peu..

Si l'on exclut les abandons (dont on ne connaît rien de leurs sorts par définition) et les catégories marginales dans cette étude (chomeurs et bénéficiaires sociaux): nous trouvons un graphique plus lisible : n: 1981.

18) Répartition des résultats selon le type de maux de tête:

Comme dit plus haut : les formes sévères se trouvent très bien avec l'approche myothérapie améliorée (avec donc l'approche métabolique conjointe)! : cluster, névralgie du trijumeau, migraines ophtalmiques donnent les plus beaux résultats!

Les formes avec auras semblent moins heureuses, c'est pour moi une découverte statistique, car il s'observe souvent des migraineux qui en avançant dans leurs traitements signalent que les migraines disparaissent en premiers, mais avec les prémices qui restent un certain temps (douleurs légères de démarrage qui précèdent la crise violente), avant de disparaître à leurs tours régulièrement dans une phase plus avancée du traitement.

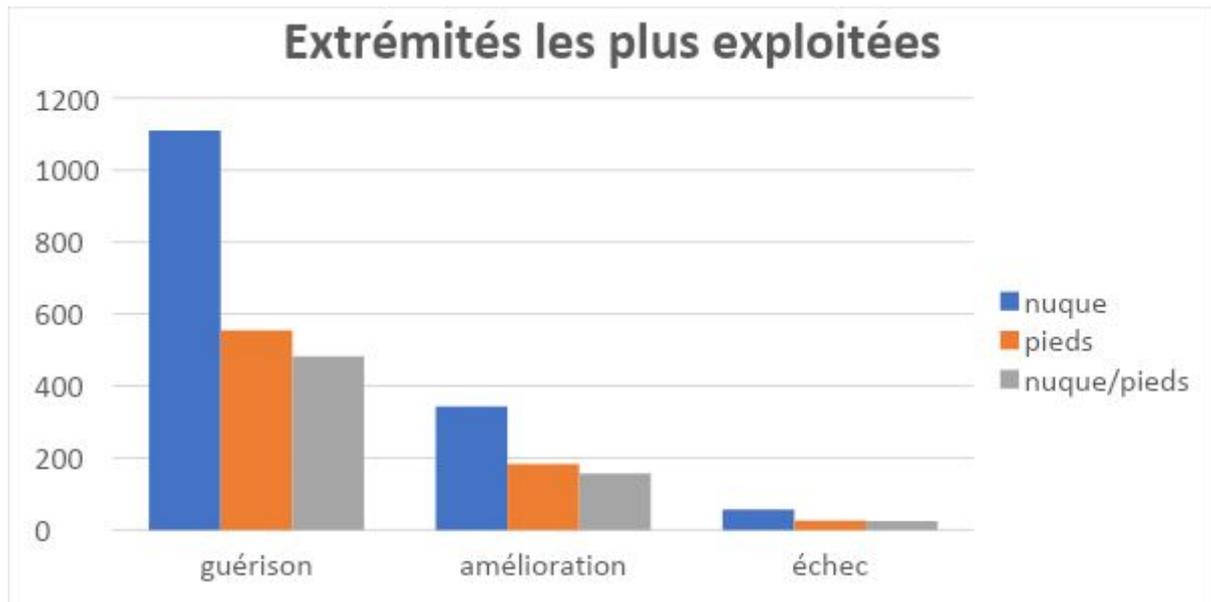


Mais prémices ne sont pas auras, c'est légèrement différent bien que ressemblant.

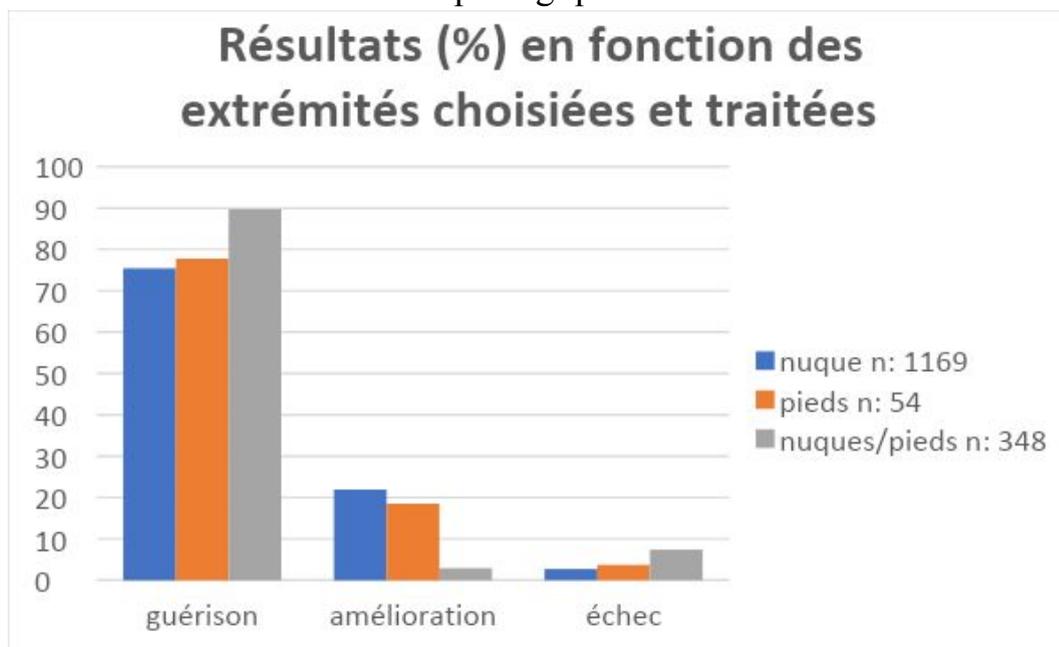
Une partie de la réponse pourrait venir de la confiance faite par certains malades qui considèrent l'aura plus pénible à vivre que la migraine qui suit

celle-ci : il se sentent handicapés (de ne plus voir par exemple, ce qui est moins le cas pour eux dans la crise même douloureuse de la migraine).

19) Répartition des résultats selon la localisation d'un traumatisme connu, soit à la nuque, soit aux pieds, soit aux deux extrémités : n: 2937



Le traitement par la seule nuque est majoritaire $1499/2937 = 51\%$ des cas. Comme prévu, guérir par la seule approche pieds ne se présente que rarement, mais reste un évènement plus émouvant et intellectuellement perturbant. Ce choix exceptionnel (2%+/-) se décide sur base de traumatismes pieds connus (entorse, fractures chevilles, dans classique, hauts talons) et une histoire clinique évoquant un mal ascendant: mal de genoux , puis hanches et lombes, ensuite atteintes cervicales et enfin céphalalgiques.

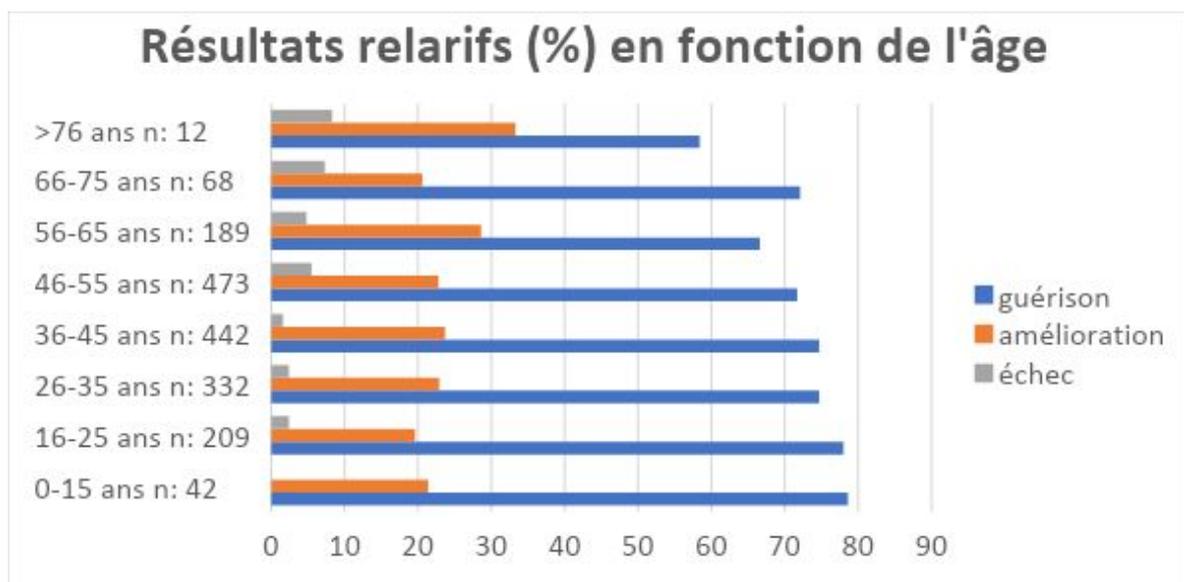


Il ne semble pas y avoir d'aspect péjoratif à devoir traiter les pieds seuls, si l'origine des tensions y est bien identifiée.

De même si l'on ne peut, au départ, retrouver à l'anamnèse l'origine des tensions traumatiques, ce qui est plus gênant, la situation devient inconfortable pour ce qui est de savoir par où commencer (pieds ou nuque ou les deux), ce qui laisse entrevoir un parcours thérapeutique plus long et donc des risques d'abandon ou de découragement supérieurs.

Il semble aussi qu'une approche complète pieds et nuque apporte un petit supplément de résultat positif, ce qui n'est pas illogique : on a pris soin de «réharmoniser» tout le réseau musculaire dans son entiereté.

20) Répartition des résultats selon âge du patient: n: 1498



Les enfants semblent avoir un pronostic excellent (+/-100%).

Les personnes âgées ont espoir de guérir mais en proportion légèrement moindre (chute de 60% à 20% au delà de 75 ans?).

Mais en tout état des statistiques, l'amélioration leur accessible dans des proportions non négligeables, ce qui cumulé aux guérisons représentent tout de même 80%.

Rappelons qu'ici les abandons (pas repris dans ce graphique ci-dessus) connaissent des pics chez les jeunes adultes (de 20 à 29 ans), plus imprévisibles dans leurs comportements et aussi chez les personnes âgées qui sont plus fatiguées ou plus désabusées soit en raison des années de souffrance, source de découragement bien compréhensible, quand elles suivent de nombreuses tentatives de traitement, soit plus réticentes à suivre un programme assidu avec des déplacements qui fatiguent et qui grèvent leurs budgets réduits en raison de leurs faibles niveaux de ressources de pensionnés.

Les échecs authentiques constatés et admis sont croissants avec l'âge mais la proportion reste supportable : moins de 4% en deçà de 55 ans et supérieur à 5% au delà, ce qui reste acceptable.

Donc l'âge n'est en aucune façon un frein au traitement et à l'espérance raisonnable de résultats positifs!

Reste à relancer la motivation et les ressources qui chutent avec les années...

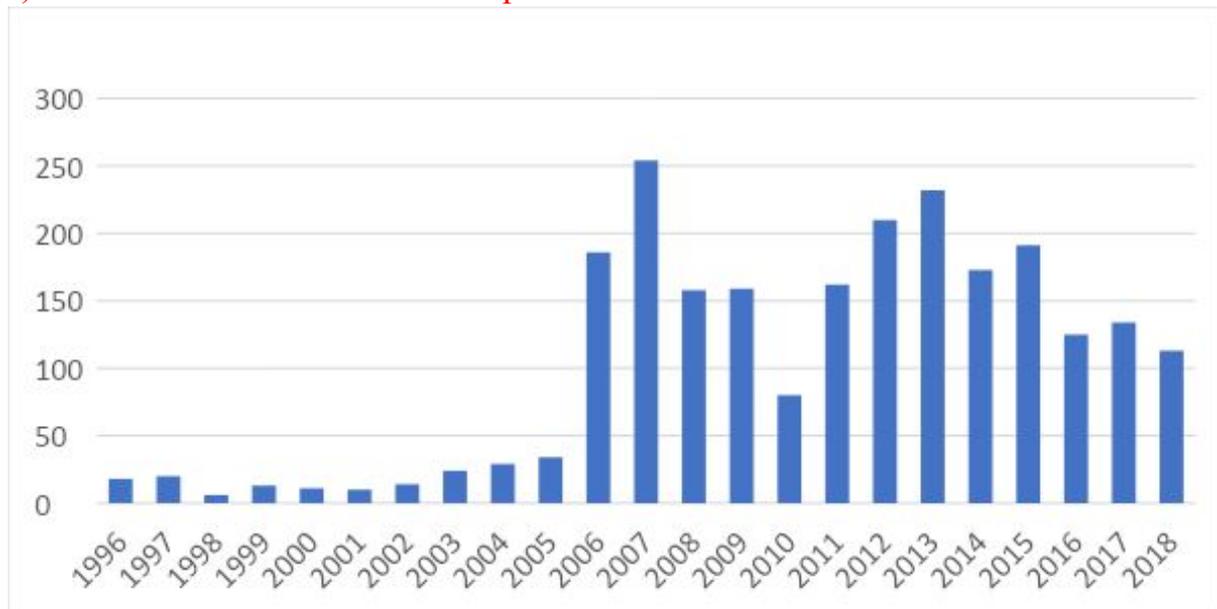
Et puisqu'à parler des personnes âgées, je voudrais en profiter pour en «remettre une couche» sur le danger de prescrire les triptans et les anti-épileptiques.

Les premiers «médocs» à avoir les triptans, parce qu'ils aggraveront le risque d'accident vasculaire cérébral à un âge où c'est déjà un risque majoré d'hypertension, de diabète, d'hypercholestérolémie et de sédentarité!

La deuxième catégorie, les anti-épileptiques, parce qu'ils entraînent une altération de l'état général (ralentissement) et donc des risques de chutes et de perte de mémoire, de concentration. Pas utile!

21) Résultats en nombres absolus au fil des années de pratique :

a) valeurs absolues : nombres de patients traités :



Les 10 premières années de travail thérapeutique et d'observation clinique, avec une montée croissante à plus ou moins 30 patients/ an atteints de maux de tête chronique, réuniront 172 malades au total sur 10 ans. Je comparerais cette période au décollage d'un avion, avec sa phase d'inquiétude mais aussi d'excitation à découvrir ce que je crois la martingale.

Un pic d'activité en 2006 jusqu'à mi 2008 s'explique par une publication dans un journal féminin belge bien connu : « femmes d'aujourd'hui » (en septembre

2006). La méthode exposée dans cet hebdomadaire a entraîné un afflux de demande considérable.

Le fléchissement qui suit, correspond au besoin de reprendre son souffle après deux années de travail exclusif et la prise de conscience non seulement des limites de résistance physique à un tel rythme, mais aussi à l'envie de réserver du temps à préparer la communication de ce travail à tous ceux que cela pourraient intéresser.

La recherche de relais m'oriente pour le moment vers la formation de kinésithérapeutes ,car ils sont les plus disponibles, mais dans l'avenir vers les médecins si possible ,seuls à même de maîtriser tous les aspects du problème (endocriniens surtout).

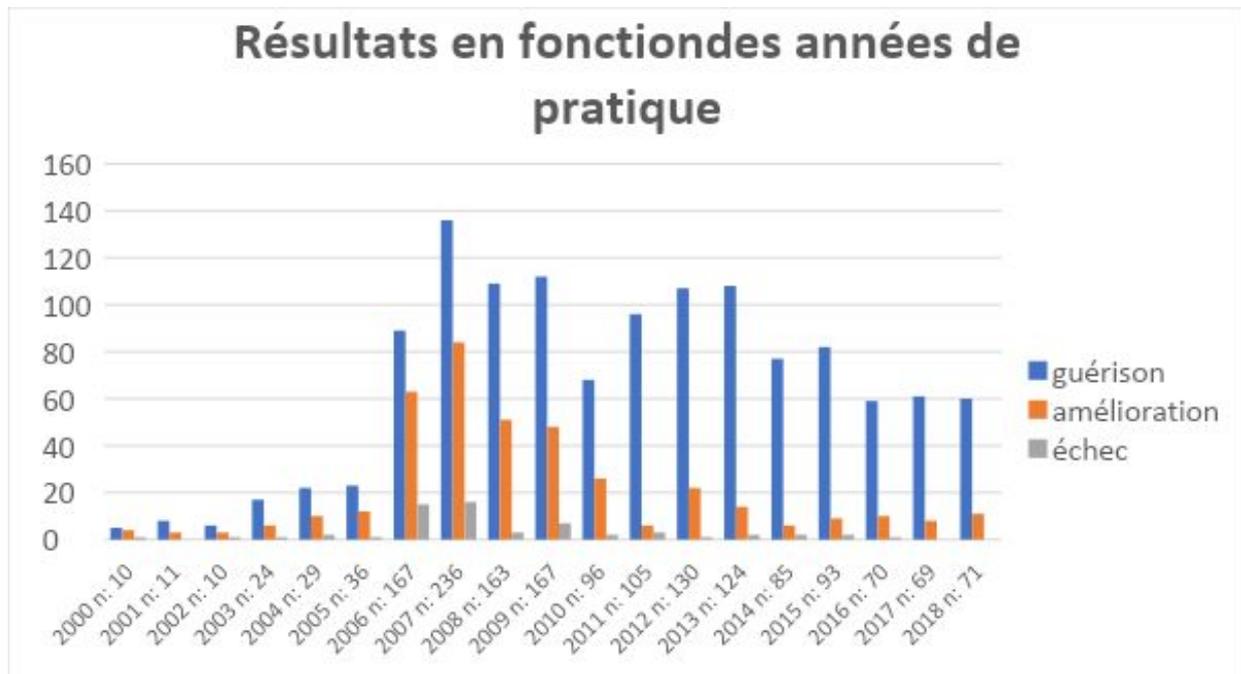
Et ce grand jour , est arrivé au moment où je ne l'attendais pas encore, lorsque j'ai vu une consoeur généraliste de Thuin (Belgique) venir comprendre le parcours que venais de terminer sa soeur néonatalogue et sa fille toutes deux atteintes de migraine terrifiantes.

Après son initiation aux problèmes thyroïdiens, revus et corrigés comme expliqués plus haut, elle a eu l'intelligence de s'inscrire à Auch à la formation de myothérapie donnée par le dr. Jan Polak.

Et voilà heureusement rompue ma solitude dans ce domaine thérapeutique.

Solitude et isolement , pendant 15 ans, qui tout de même m'ont donné l'occasion de travailler à mon rythme, sans pression, sans regard suspicieux de mes confrères trop proches géographiquement, sans risque surtout d'être plagié et mal plagié, ce qui affaiblirait la portée de mes travaux.

b) Répartition des résultats au fil des années de travail :



J'avoue être perturbé par ce graphique, qui semble m'indiquer un meilleur résultat à mes débuts de la prise conscience des problèmes diagnostiques et thérapeutiques thyroïdiens en 2003 : les guérisons absolues font un bon de +/-16% et surtout la somme des guérisons et améliorations de +/-8%.

Mais hélas je constate un creux de ces résultats en 2006/2007 en raison d'une évidente surcharge de travail lié à une envolée de la demande de soins. Retour aux meilleurs résultats en 2008 et 2009, la sérénité de travail revenue.

J'y vois tantôt un travail sur des patients plus légers avant 2006, de présentation clinique moins lourde, alors que ma notoriété dans le domaine était discrète.

J'y vois aussi une prise de notes progressivement plus approfondies et consciencieuses des paramètres et des résultats qui depuis 2000 s'orientaient déjà vers un projet de procéder à des statistiques qui me seraient exigées par mes pairs et mes patients.

Un fléchissement en 2006 dans la qualité du travail (bien que peu inquiétant sur le fond), doit s'expliquer à la fois par un surcrois exagéré de travail, et aussi par le fait que publier dans un journal « féminin », amène un public certes curieux, mais parfois plus « touriste », plus touche à tout.

D'autre part, publier dans un journal de grand tirage, pour le malade est certes une information générale qu'il guette à tout instant, mais il craint le mensonge des déclarations qui se juxtaposent dans l'hebdomadaire aux publicités qui lui promettent monts et merveilles pour maigrir, pour rajeunir etc..et finalement donnent indigestion !

Les années qui suivent cet engouement médiatique, font place « au bouche-à-oreilles » beaucoup plus efficace en terme de qualité de relation médecin-malade; les malades se connaissent, se transmettent

Les informations thérapeutiques, se cotoyent régulièrement pour confronter telle ou telle technique ou médication expérimentée.

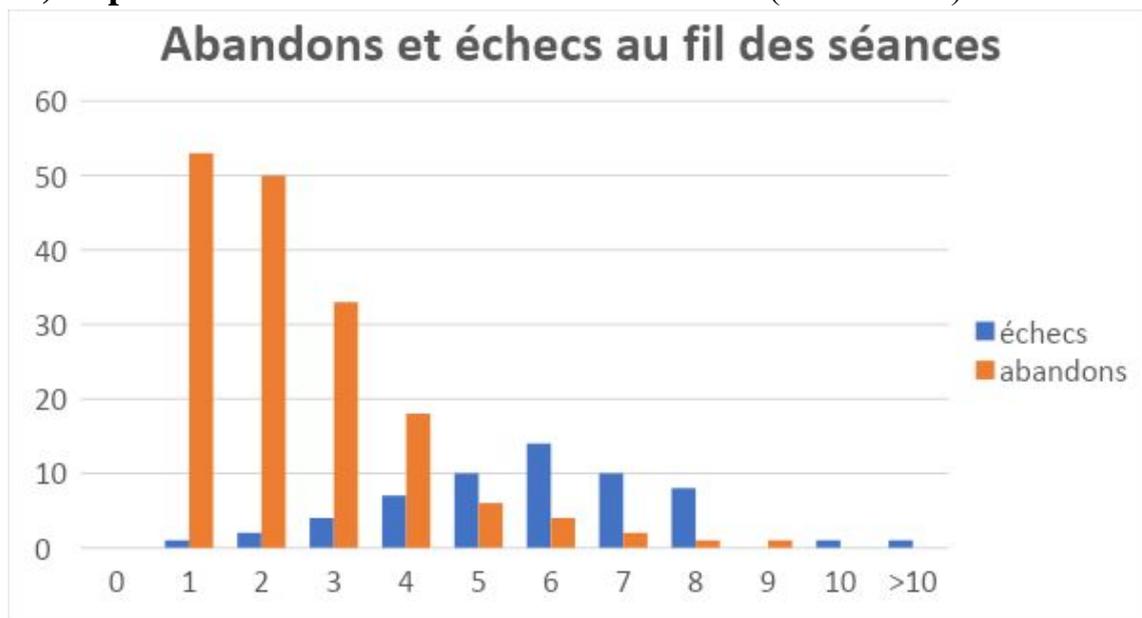
Le témoignage direct par mon collègue du bureau qui a le même problème que moi et qui a réussi sa démarche jugée au départ audacieuse, est tellement convainquant, lorsque tous les jours, je puis vérifier son moindre absentéisme, sa bon humeur retrouvée.

Le conseil du pharmacien du coin qui me veut du bien, pour me rencontrer si souvent à son comptoir et discuter avec moi de mes souffrances me se rend compte de l'abus évident de mes médications. Qu'elles viennent d'une automédication ou de prescriptions spécialisées, la remarque avisée du pharmacien l'honore et me convainc d'autant plus que ce faisant, je le sais scier la branche juteuse sur laquelle il est assis : les médications qu'il risque de ne plus me voir consommer et qui entamera son chiffre d'affaire inmanquablement .

Voyons maintenant , pour se comparer aux résultats de la SIM le tableau ci-dessus diminué des abandons secs (comme le fait la société internationale de myothérapie, cfr plus haut détails), dont on ne sait s'ils vont mieux ou mal, voire plus mal, ou inchangés.

Dans les deux statistiques, les résultats se valent 5,6% d'échec pour 32,9 d'amélioration, et 61,5 % de guérison! Qui dit mieux ? Alors bienvenue au club!

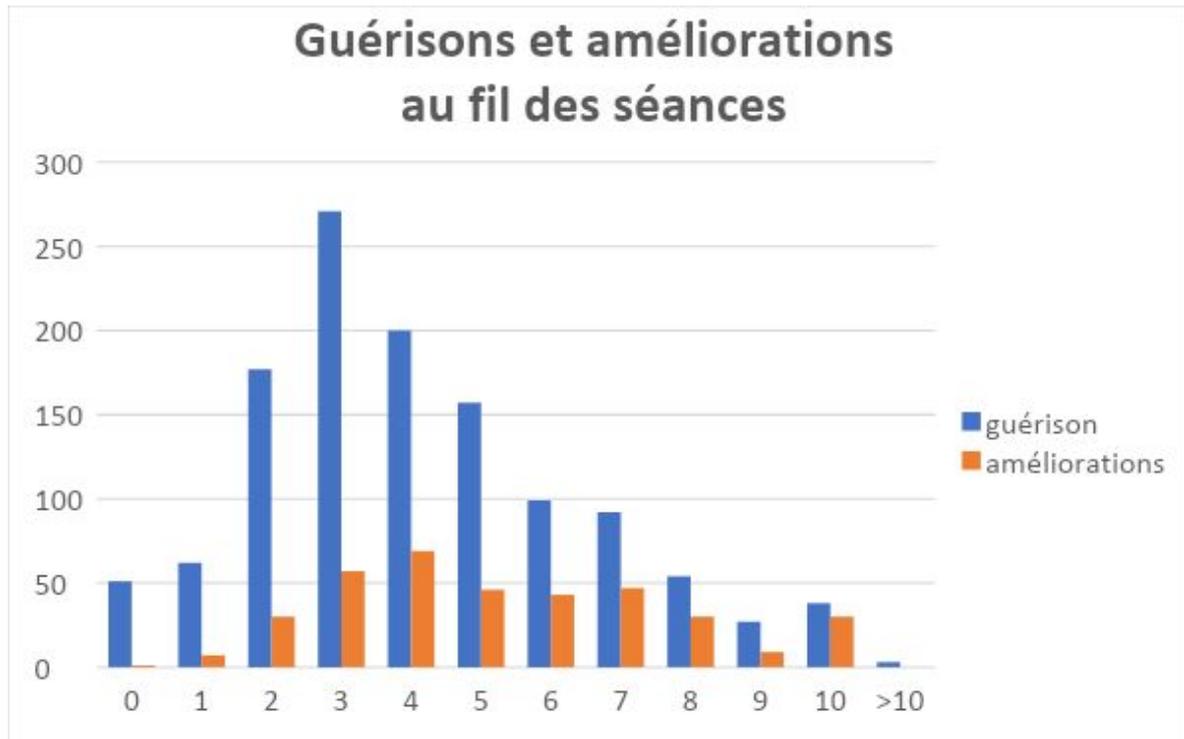
22) Répartition des résultats au fil des séances : (01/07/2019)



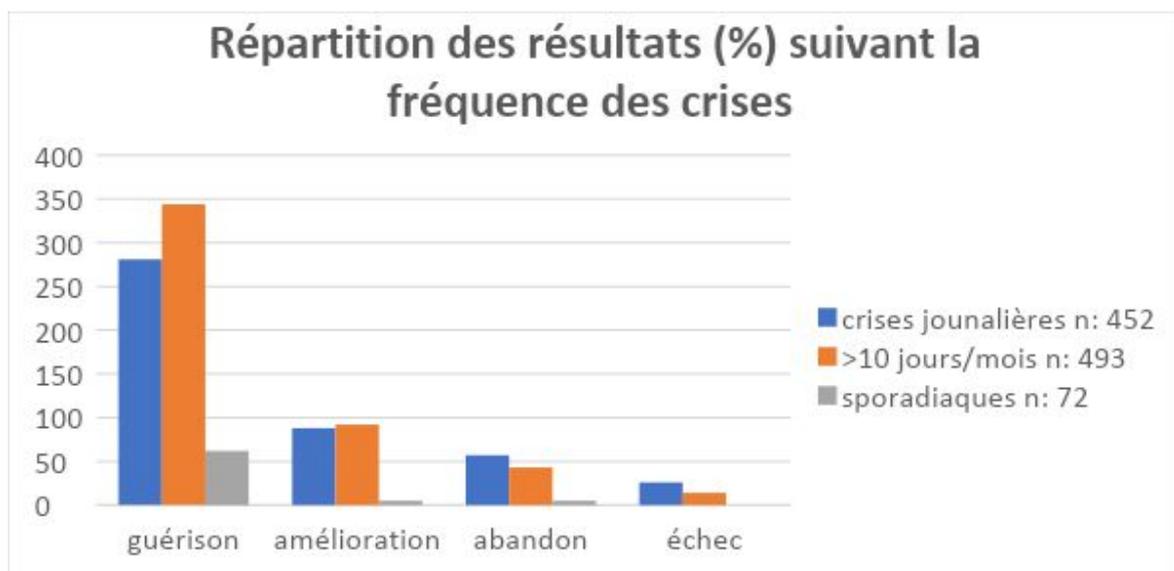
Les abandons sont précoces et non liés à l'usure d'un long traitement. (< 3 séances en majorité) ; et en décroissance en avançant dans le traitement , la

confiance dans les premiers résultats obtenus pousse à continuer et terminer le traitement.

Les échecs sont constatés et reconnus après un nombre jugé suffisant d'essais, chez des patients qui ont eu le mérite de se soumettre à un traitement complet.



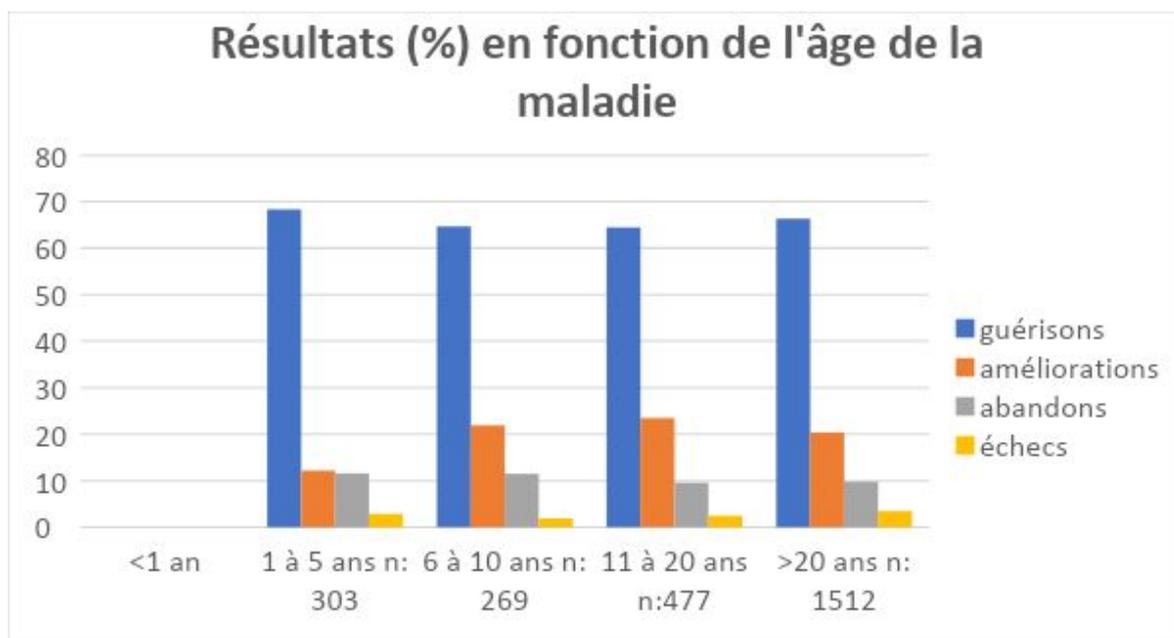
23) Répartition des résultats en fonction de la fréquence des « crises » : n: 976



Les patients qui connaissent des crises de haute fréquence (tous les jours) connaissent un taux d'échec et d'abandon légèrement supérieur. Les causes sont à trouver parmi cette population de malades, dans la propension à consommer

quotidiennement des médications qui affaiblissent la fonction hépatique et modifie de ce fait gravement l'état général (et entraîne une mauvaise expression de la fonction thyroïdienne par exemple) et peut-être dans une plus grande proportion de dépressifs primaires (donc sans lien avec la maladie décrite) ou secondaires (décus par une vie gâchée par ce mal infernal depuis longtemps). Enfin, dans des habitudes de vie quotidiennes, inconnues ou connues qui sont incompatibles avec la réussite : sommeil insuffisant, tabagisme, alcoolisme, régime alimentaire dévié (abondance de produits laitiers...)

24) Répartition des résultats en fonction de l'ancienneté de la maladie avant consultation : n: 2561

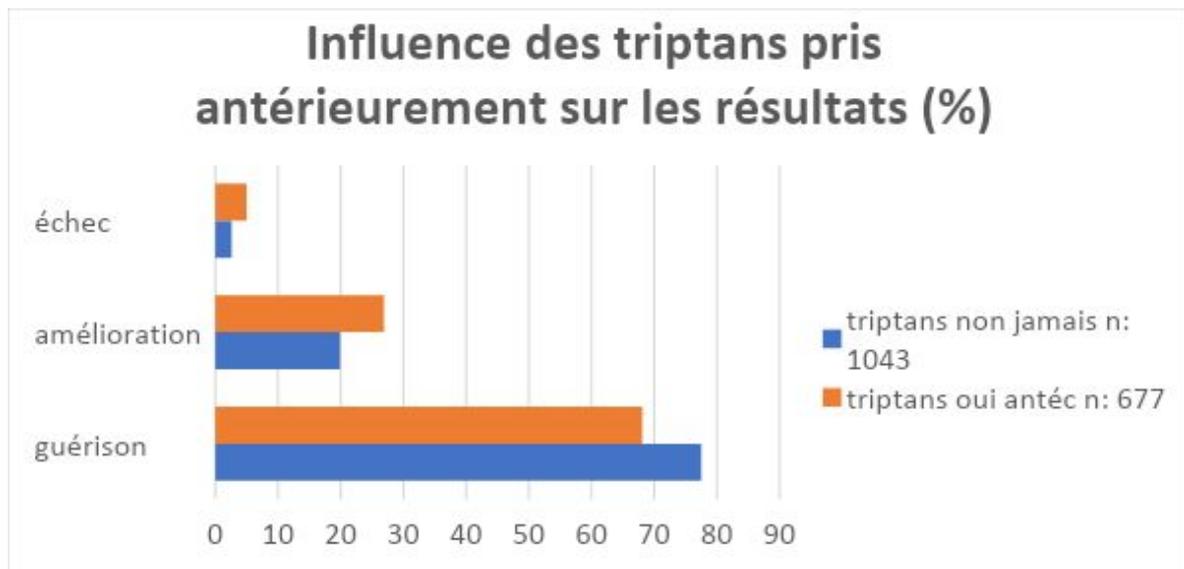


Il n'est que modérément constaté qu'un traitement précoce par rapport au début de la maladie amènerait un supplément de guérison (pic de 1 à 5 ans à 62,8% versus 60,1% pour les malades de 11 à 20 ans d'évolution).

La somme des guérisons et des améliorations semble même invariable : 85 % approximativement. Un peu plus faible après 20 ans d'évolution.

25) Résultats en fonction de la prise antérieure de triptans : n: 1720

Après retenue des seuls malades à composante migraineuse pour lesquels existe l'indication des triptans.



La probabilité de guérir augmente (10% en plus) si l'on a pas « touché » aux triptans avant de consulter en myothérapie? :

.soit les triptans détruisent des chances de guérison en altérant le fonctionnement musculaires ou cérébro-méningés ,

.soit, les malades seraient plus atteints primairement, et donc plus résistants ; et accèderaient plus aux triptans ; Or les autres tableaux statistiques ne plaident pas pour cette hypothèse.

DONC, une fois de plus méfiance à priori pour l'utilisation (à long terme ou court terme ?) des triptans !

Les patients, Dieu merci, lisent les notices et choisissent

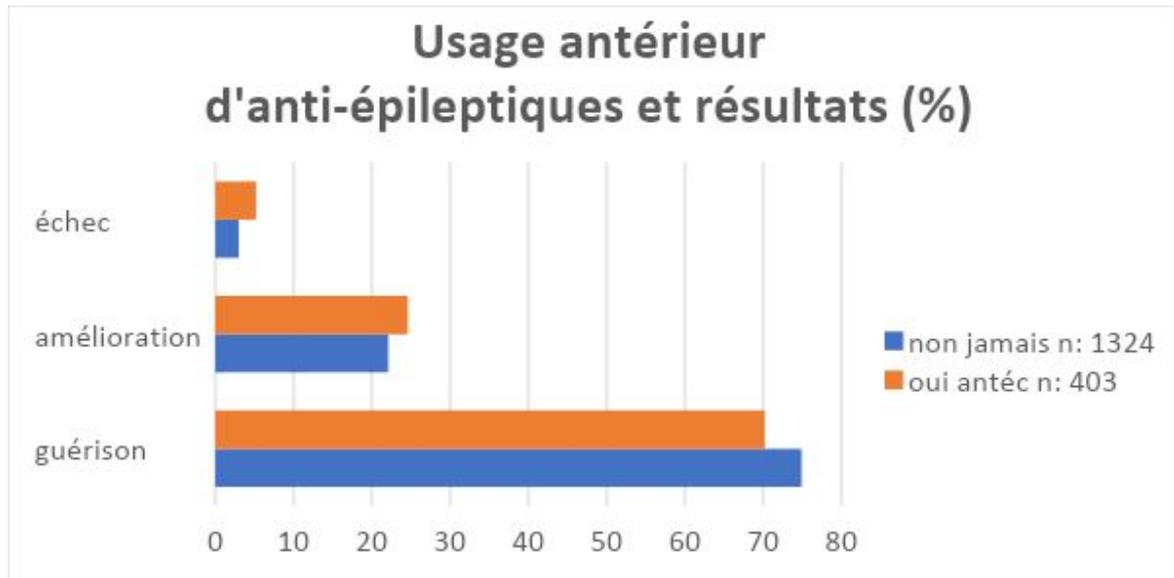
.soit l'attitude écologique (jamais je ne touche à cela , les risques sont trop grands),

.soit une attitude suicidaire (le soulagement ,quelque soit le prix ! même fatal).

26) Résultats en fonction de la prise antérieure des anti-épileptiques : n: 662

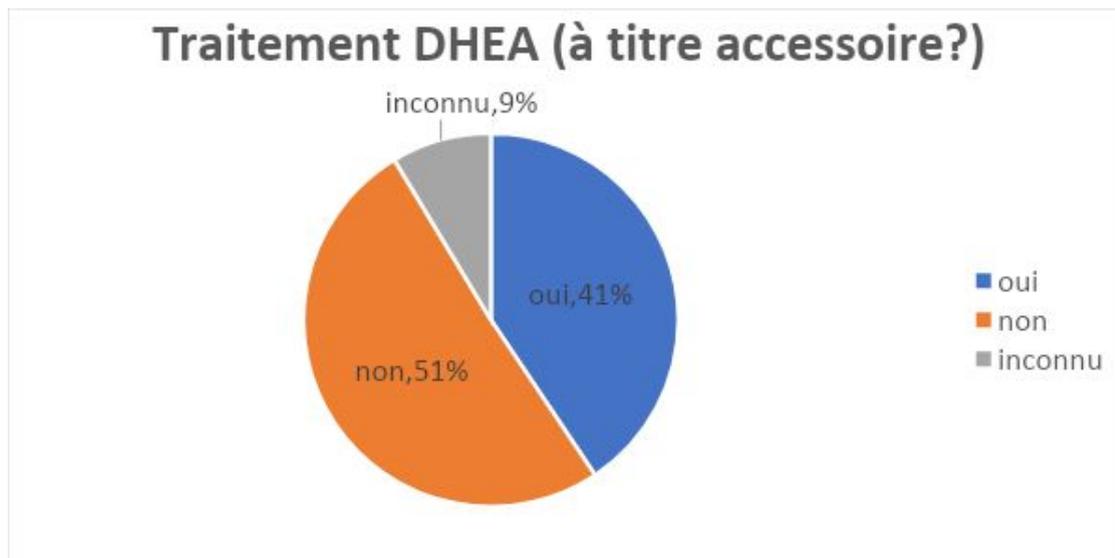
21,3% des patients migraineux (pas les céphalalgiques qui n'en ont par principe aucun usage) ont utilisé les anti-épileptiques et ensuite ont abandonné ces produits avant de débiter le traitement décrit dans ce livre.

La répartition des résultats obtenus suivant que les patients ont eu ou non des anti-épileptiques avant le traitement de myothérapie. Il n'y a donc jamais de traitement anti-épileptique pendant le traitement myothérapique. A mes yeux aucune logique n'autorise son usage chez les migraineux, au prétexte qu'il y aurait parenté avec la maladie comitiale (épilepsie).



Commentaires : il est impossible de se prononcer sur le fait que ceux qui ont eu recours aux anti-épileptiques étaient des patients plus sévères, ou sur le fait que leurs utilisations entraîneraient un facteur ultérieur de résistance aux traitements discutés et mis en œuvre dans le cadre de mon travail. Dieu merci, les résultats n'en souffrent pas trop! (mais triplement du nombre d'échecs).

27) Fréquence du recours à complément DHEA :



Il m'est impossible de juger de l'importance de ce facteur sur la réussite finale.

Le but est d'ajouter un complément, un coup de pouce à l'état général, qui a pris un sérieux coup dans l'aile avec les années de souffrances : mais aussi un facteur trophique (tonifiant, réparateur, nourricier) sur le tissu musculaire, et de favoriser une action anti-inflammatoire, anti-radicalaire (anti-toxique), qui sont reconnus à cette substance par la plupart des utilisateurs consciencieux.

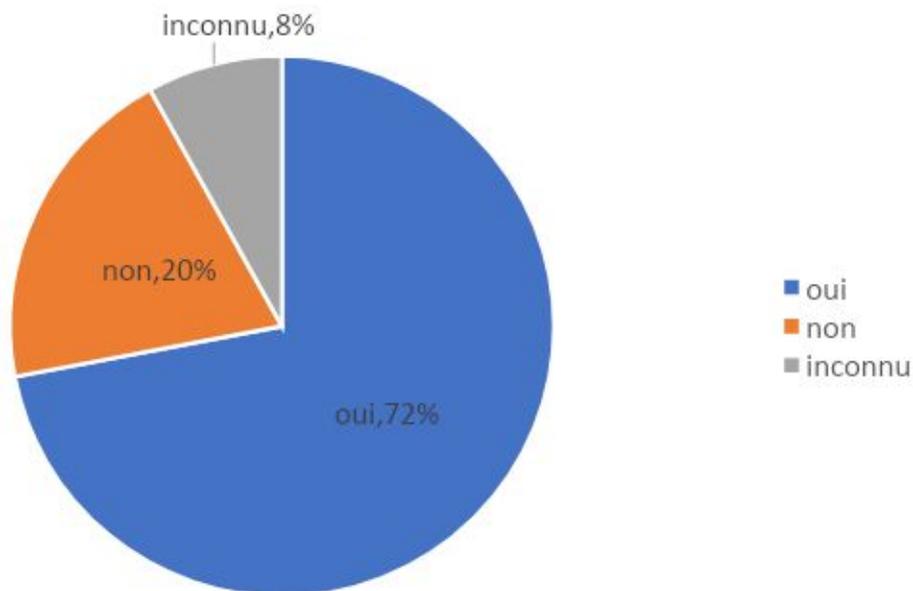
Toutefois, j'ai authentiquement pu obtenir deux guérisons sans aucune autre intervention (myothérapie ou thyroïdienne) par ce seul facteur DHEA. Ce qui ajoute à l'estime que je porte à ce produit.

Il est surtout utile ,car la migraineuse guérie ou améliorée, verra un avantage certain à se retrouver avec une bonne libido, sans quoi elle serait en danger face à son partenaire qui a été longtemps sur la touche et qui espère lui aussi vivre enfin pleinement sa vie couple.

28) Fréquence du recours à une supplémentation thyroïdienne :

- a) Fréquence de l'hypothyroïdie anamnétique, clinique, biologique : **n: 985** : mais dont 103 inexploitable (fiches historique incomplètes) au niveau de l'information utile ici:

Présence d'un terrain hypothyroïdien suspect n: 2186



Même remarque que pour la DHEA mais...

Il est décrit ailleurs que 60% des hypothyroïdiens ont des problèmes de céphalées.

A l'inverse on doit se demander dans quel proportion des maux de tête rencontrés, on va trouver une faiblesse de la fonction thyroïdienne!

Donc, dans tous les maux de tête, le minimum de toute démarche médicale diagnostique et thérapeutique est de vérifier systématiquement qu'il y a ou non hypothyroïdie chez tel et tel malade!

Pour avoir assisté à des dizaines de congrès, séminaires, soirées sur le sujet des migraines, pour avoir épluché de nombreux magazines médicaux et autres publications spécialisés ou de vulgarisation, pour avoir lu de nombreux rapports cliniques après consultations de patients, il est vrai chez les neurologues, je n'ai **jamais au grand jamais** entendu, vu écrire, rapporté le moindre soucis des auteurs à propos de cette glande éminemment importante pour expliquer une maladie pour laquelle personne même au niveau académique n'a de solution. Ignorance, désintérêt, mépris?

Cette observation est la chose la plus chocante, scientifiquement parlant, que je puisse relater à propos du comportement de mes confrères, neurologues, dois-je

encore insister, et des autres omnipraticiens qui les suivent et s'alignent dans leurs pratiques.

Les critères cliniques suggérant fortement une responsabilité **partielle ou entière** de la pathologie thyroïdienne sont rappelés :

- céphalées / migraines à caractères de plus en plus étalés, continus. -douleurs plus intenses au moment (autour) des règles ,
- départ du mal aux premières heures du jour : 04 heures du matin plus typiquement. (niveau d'activité T3 minimum dans le nyctémère, c'est à dire sur les 24 heures d'une journée).

Si vous trouvez réunis un ou plusieurs de ces 3 critères évoqués ci- dessus et que vous ajoutez les autres traits cliniques et anamnétiques de l'hypothyroïdie : frilosité, fatigue, constipation, crampes, élévation du cholestérol, mauvais sommeil avec nombreux réveils, godet pré tibial, prise de poids inexplicables et surtout le syndrome prémenstruel et les poches sous les yeux (valises!), etc...

Alors vous avez absolument tous les arguments pour intervenir !

ET dans 60% des céphalées (les chroniques surtout), il y a effectivement à intervenir de ce côté. Et la neurologie n'y a pas sa place à l'évidence. Et je ne l'ai pas vu non plus partager ce travail avec l'endocrinologie. Ce n'est pas pourtant par manque d'habitude à «renvoyer l'ascenseur», ce qui est une attitude fort développée dans les hôpitaux qui ne manquent pas de faire pression sur leur personnel médical pour bien faire tourner les affaires...

Observation crue ? Qui me prouvera le contraire ?

b) :Les statistiques permettent –elles de prouver que l'approche thyroïdienne ajoute à l'efficacité de la myothérapie ?

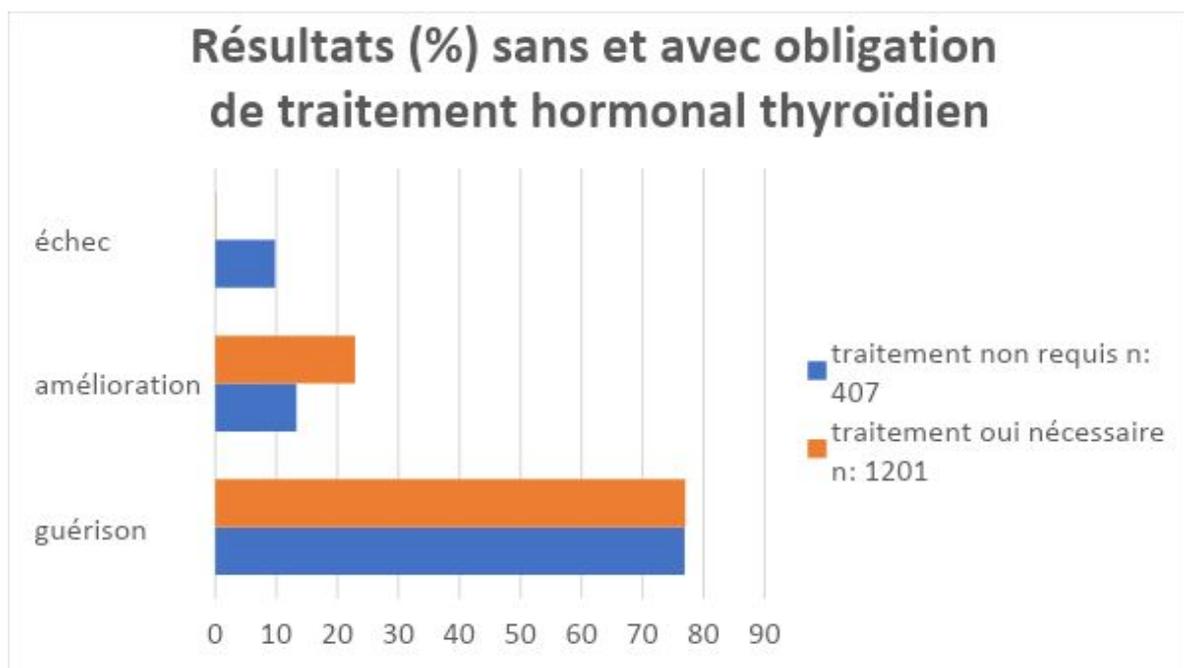
Hélas! je crains de devoir dire non ! Car pour ce faire il faudrait comparer quatre groupes :

- 1) le premier groupe composé de patients avec myothérapie seule chez qui il n'y a pas de terrain d'hypothyroïdie.
- 2) un deuxième groupe qui a bien un terrain d'hypothyroïdie et qui reçoit un traitement correct de correction (cfr plus haut ce chapitre important expliquant ce qui est un traitement efficace pour un hypothyroïdien et comment on l'enregistre sans se tromper). Sans traitement myothérapie.

- 3) un troisième groupe qui comprend des hypothyroïdiens migraineux comme le second groupe mais qui ne sera pas traité par compensation thyroïdienne mais par seule myothérapie.
- 4) patients qui reçoivent et un traitement myothérapeutique et un traitement endocrinien thyroïdien justifié par le diagnostic;

Hélas, ma pratique et mon éthique professionnelle m'interdit de faire ces groupes 2 & 3 qui auraient selon moi moins de chance d'en sortir améliorés ou guéris. Inacceptable en pratique privée en tout cas.

Aussi je ne puis que vous présenter les résultats de deux 1 & 4 groupes qui ne sont pas vraiment comparables!



De ce tableau, je puis par expérience sur le terrain m'autoriser à dire que les guérisons pures sont plus nombreuses et garanties à priori (20% +/- de plus) lorsqu'on ne repère pas de défaillance thyroïdienne.

Mais le fait de recourir à la supplémentation nécessaire autorise des résultats globalisés **guérison et amélioration** comparables!

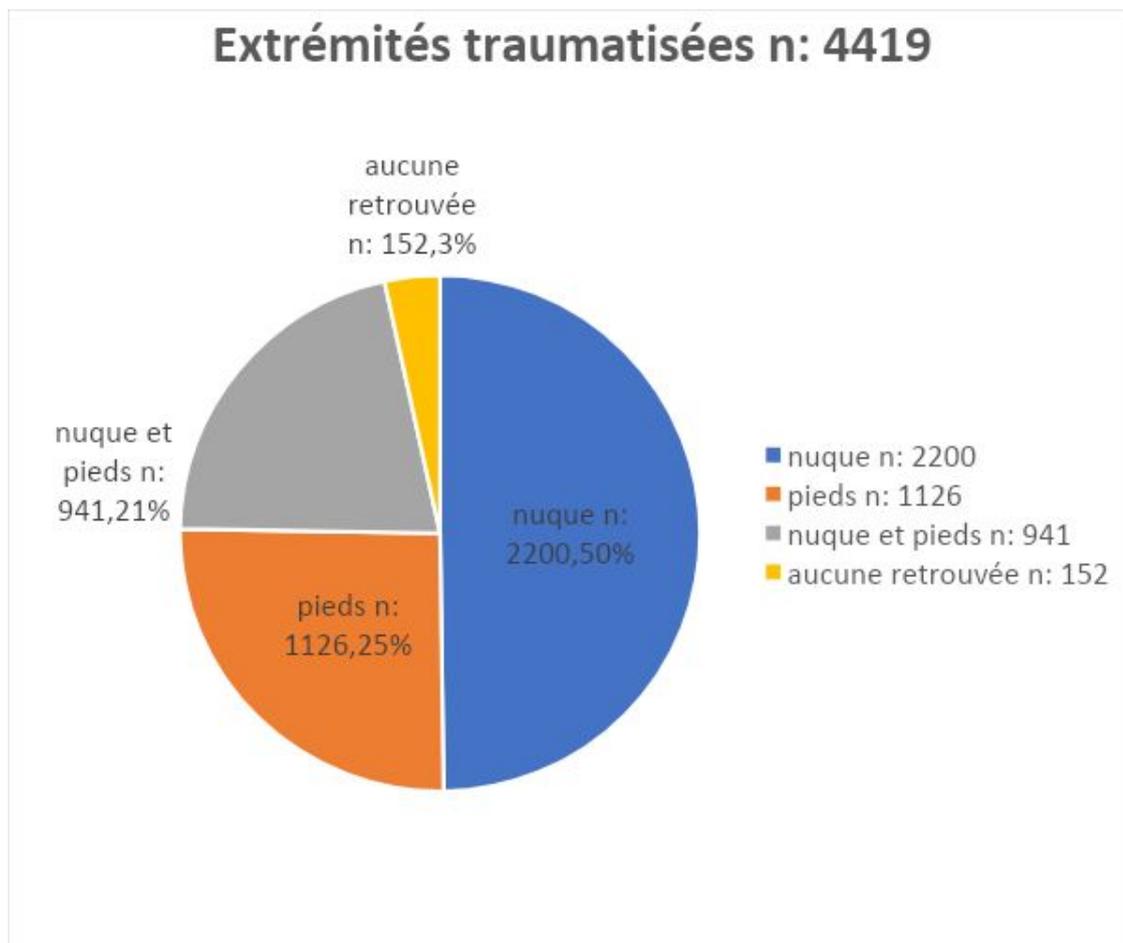
Ajouter la correction thyroïdienne, permet d'annoncer un pronostic proche, sans l'égaliser, de ceux qui n'ont qu'une myothérapie à prester, autrement dit qui ne doivent que corriger des contractures purement « mécaniques ».

Comme dit plus haut, je ne puis démontrer pour des raisons éthiques , que les migraineux hypothyroïdiens non traités puissent ne pas connaître d'aussi bons résultats thérapeutiques par abstention.

Ma certitude de l'utilité à substituer, quand cela me paraissait indispensable cliniquement, biologiquement et à l'anamnèse (l'écoute du malade), m'a rendu extrêmement convainquant pour avoir le droit de l'appliquer à chaque fois que je le jugeais nécessaire... avec l'accord plein des intéressés.

Et en fût peu pour se priver de cette chance supplémentaire qui leur était donnée de réussir à sortir de ce qui est souvent l'enfer!

29) Fréquence des traumatismes avant démarrage de la maladie :



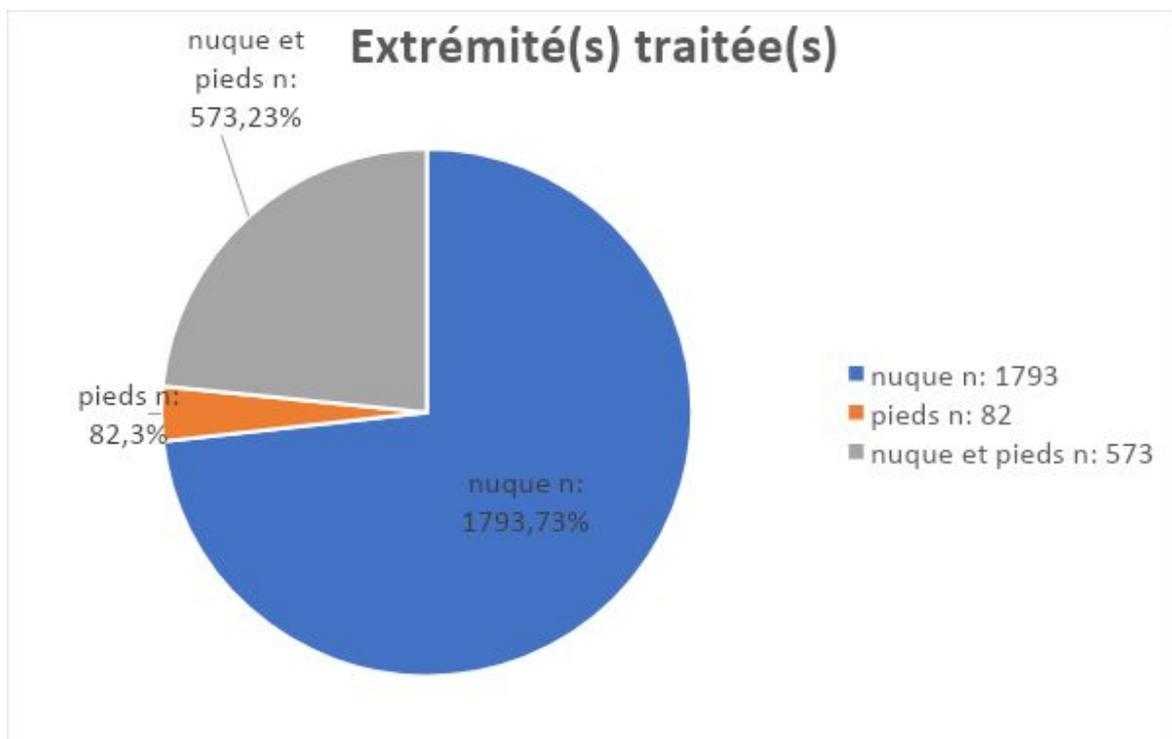
Que la nuque puisse être responsable d'un mal qui anatomiquement lui est proche (la tête) ne fait pas l'unanimité du corps médical mais par contre ne fait pas de problème au patient qui s'en doutait fortement. Depuis qu'il a pris conscience de tel événement traumatique cervical, ou quelquefois des chevilles,

il réalise sans trop de difficultés un lien causal entre les deux : accident suivi (après une latence de plusieurs mois ou années!) de maux de tête.

Mais très surprenant, c'est un minimum de 42% de traumatismes pieds (chevilles) qui obligeront le praticien à ne pas négliger cette entrée majeure comme possible dans la perturbation du réseau musculaire et qui se complèreat d'une ascension des contractures de compensations au niveau cervicocrânien après des mois, des années.

Même si le thérapeute n'identifie pas formellement que la cause traumatique est pieds, il n'est jamais un événement anodin de déclarer au patient d'emblée que c'est l'extrémité choisie pour commencer un traitement. C'est loin de la tête!

30) Extrémités traitées de fait :



Si on le compare avec le graphique précédant :

- on peut , pour incroyable que cela soit, guérir , améliorer des migraineux en travaillant les pieds seuls (3%). Mais la moitié 17/31 des traumatisés isolés des pieds pourrons se satisfaire du traitement des seuls pieds! Les autres 14/31 nécessiteront de travailler la nuque en myothérapie même si on ne connaît pas le traumatisme historique à ce niveau.
- si les traumatismes de nuque sont retrouvés chez un minimum de 86% des patients à l'anamnèse (à quoi doit s'ajouter un certain nombre parmi les gens qui ne se souviennent d'aucun traumatisme pourtant vécu), un tiers

(36%/98%) de l'ensemble devront aussi avoir un traitement myothérapie complémentaire des pieds s'ajoutant à un préalable de la nuque!

Cela n'autorise toutefois pas à s'approcher ni d'accréditer des concepts qui évoquent une thérapie à distance du mal, comme l'acupuncture, la réflexologie plantaire, le shiat-tsou etc. La seule vision commune est celle d'accepter une idée de réseau (neuro- musculaire ici). Cela s'arrête clairement à cette seule similtude!

