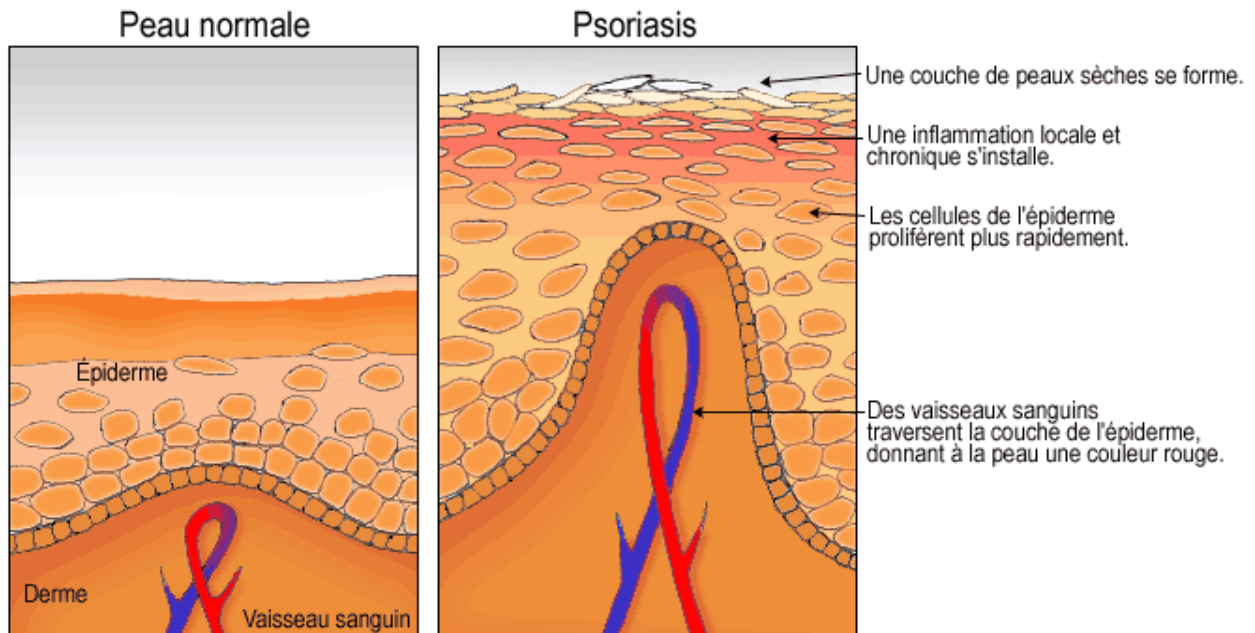


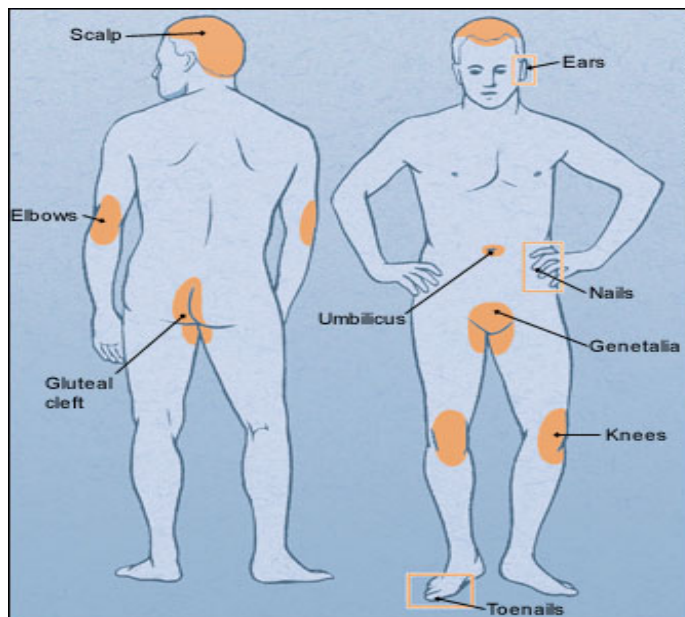
Psoriasis



Définition :

Le psoriasis est une maladie chronique et non contagieuse de la peau qui, à ce jour est mal connue, en partie génétique. Le psoriasis se caractérise par des anomalies immunologiques menant à une croissance anormale des kératinocytes (un type de cellules cutanée). Les cellules se renouvellent à un rythme beaucoup trop rapide : aux quatre jours plutôt qu'aux 28 ou 30 jours, comme c'est normalement le cas. Étant donné que leur durée de vie reste la même, elles s'accumulent et forment d'épaisses croûtes. Parfois, de l'inflammation s'installe et cause des inconforts (rougeurs, douleurs).





Le psoriasis peut apparaître n'importe où sur le corps, mais on le retrouve plus fréquemment au cuir chevelu, sur les genoux, les coudes ou le torse. Il peut aussi apparaître sur les ongles, les pieds, les mains, les organes génitaux et le visage. Dans les cas graves, il s'étend et peut gagner la totalité du corps.

Fréquence et population le plus souvent touchée

Cette affection touche environ un million de Canadiens (1 personne sur 30), ce qui représente 3% de la population canadienne.

La maladie apparaît le plus souvent entre l'âge de 15 à 35 ans, mais elle peut se manifester à tout moment entre l'enfance et l'âge adulte.

Seulement 10% à 15% des personnes développent le psoriasis avant l'âge de 10 ans. Le psoriasis, dans sa forme précoce, se développe habituellement chez les 16 à 22 ans, tandis que la forme tardive apparaît plutôt entre 50 et 60 ans. Il frappe les hommes comme les femmes et plus couramment les personnes d'origine européenne et nord-américaine.

Certaines personnes ont une prédisposition génétique au psoriasis et plusieurs gènes incriminés dans le psoriasis ont d'ailleurs été identifiés. Il semble que l'hérédité soit en cause dans 40% à 60% des cas, mais plusieurs personnes atteintes n'ont aucun antécédent familial.

Causes et facteurs de risque

La présence de nombreux leucocytes dans le derme a suggéré le rôle du système immunitaire. Il peut s'agir d'une prédisposition génétique, mais pas nécessairement puisqu'on retrace des antécédents familiaux de psoriasis dans seulement le tiers des cas. En outre, des facteurs environnementaux interviennent en faveur du psoriasis, tels des stress physiques (maladies, blessures, chirurgie, médicaments, etc.) ou psychiques (fatigue nerveuse, anxiété, etc.). Bref, le psoriasis apparaît en présence d'un ensemble de facteurs favorables.

Sans nier tous ces éléments, les **naturopathes** portent un regard différent sur le psoriasis. Ils accordent un rôle important à la nutrition et à la digestion dans le développement de la maladie. D'après le naturopathe américain J.E. Pizzorno, voici quelques pistes à investiguer :

- Y a-t-il digestion incomplète des protéines, donc création de toxines indésirables dans l'organisme?
- Y a-t-il surcharge du foie causée par la consommation d'alcool, de gras animal et de produits laitiers?
- Y a-t-il des carences nutritionnelles, notamment en vitamine A et en zinc?

En naturopathie, on considère que ces facteurs ont un impact majeur sur la prolifération des cellules de la peau.

Facteurs de risque

D'après la médecine classique, plusieurs facteurs peuvent provoquer l'apparition de plaques chez les personnes atteintes.

- Une réaction à un médicament (le lithium, les bêtabloquants) ou à un vaccin.
- Une réaction immunologique contre une autre maladie, comme la varicelle.
- Une infection systémique (pharyngite ou angine à streptocoques).
- Le stress.
- Une blessure à la peau.
- Les climats secs.
- Une exposition prolongée au soleil ou à des substances chimiques comme des désinfectants ou des diluants de peinture.
- Une consommation abusive d'alcool.

Signes et symptômes

- Squames blanches argentées
- Plaques rouges épaisses
- Foyers délimités
- Dessèchement de la peau atteinte
- Peau rubéfiée
- Éventuellement saignement des zones cutanées atteintes

Diagnostic et examens médicaux

L'examen au microscope d'un échantillon de peau atteinte n'est guère utile en pratique courante, le diagnostic étant le plus souvent évident.

Cet examen montre une augmentation de l'épaisseur de l'épiderme, la présence de nombreux vaisseaux sanguins particulièrement tortueux dans le derme avec infiltration dans ce dernier par des leucocytes.

En peau non atteinte, l'examen au microscope est strictement normal.

Certains symptômes d'autres conditions cutanées, comme l'eczéma ou dermatite atopique, notamment les rougeurs et les démangeaisons, peuvent ressembler à certains symptômes précoces du psoriasis. Le médecin pourra aussi déterminer de quel type de psoriasis le (la) patient(e) est affligé(e) :

Psoriasis en plaques - Il se manifeste sous forme de plaques rouges sur lesquelles apparaissent des squames argentées. Les plaques sont généralement aux coudes, aux genoux, au cuir chevelu, derrière les oreilles, sur les mains, les pieds et parfois aux organes génitaux. C'est le plus commun des types de psoriasis qui affecte 80 à 90% des gens affectés de cette maladie.

Psoriasis en gouttes - Ces petites lésions cutanées ressemblent à des gouttes rouges en toutes petites plaques sur la poitrine, le dos, les bras et les jambes.



Psoriasis inversé - Lésions rouges et lisses qui se forment dans les plis de la peau tels que les aines, les aisselles et sous les seins. Apparaît particulièrement chez les gens avec un surplus de poids. Augmentation de la sensibilité à la friction et à la sueur.



Psoriasis pustuleux palmoplantaire - Peau rouge, squameuse et fendillée présentant de minuscules pustules aux paumes des mains (palmaire) et/ou à la plante des pieds (plantaire). Peut être douloureux rendant la marche et l'utilisation des mains difficile.





Psoriasis érythrodermique - Caractérisé par le rougissement et la formation de squames sur toute la surface corporelle. C'est la forme la plus sévère et la plus rare de psoriasis.

Arthrite psoriasique : Inflammation conjuguée produisant les symptômes de l'arthrite chez des patients qui ont développé un psoriasis ou en développeront un.

Appelé aussi rhumatisme psoriasique, il touche environ 5% (mais le chiffre peut atteindre 25% dans certaines publications) des psoriasiques, et s'associe en général à des lésions cutanées (qui, rarement, peuvent débiter après le rhumatisme). C'est un rhumatisme inflammatoire chronique, déformant, qui peut être très invalidant.

Pronostic

À l'heure actuelle, le psoriasis est une maladie chronique qui ne peut être guérie. Bien que le psoriasis puisse se résorber (entrer en rémission) pendant des mois ou même des années, chez la plupart des gens, le psoriasis est une maladie qui dure toute la vie et qui est caractérisée par des périodes de poussée en alternance avec des périodes de rémission.

Traitements courants :

Bien qu'il n'y ait présentement aucun traitement qui puisse guérir le psoriasis, il existe plusieurs possibilités de traitements pour atténuer l'étendue et la sévérité de la maladie et améliorer la qualité de vie. Les traitements les plus courants comprennent :

- Les traitements topiques (appliqués sur la peau)
- La photothérapie (surtout à base de rayons ultraviolets)
- Les traitements systémiques conventionnels (pris par voie orale ou par injection)

En plus des traitements classiques, la recherche effectuée sur le système immunitaire a permis la mise au point des agents biologiques – qui réduisent l'étendue et la sévérité de la maladie et qui ciblent les causes sous-jacentes du psoriasis. Les agents biologiques représentent une importante percée dans le traitement du psoriasis modéré à sévère.

Les traitements topiques

Consiste à appliquer une crème sur la zone du psoriasis.

- Corticostéroïdes : ces derniers ont un effet favorable sur le psoriasis, malheureusement les plaques reviennent souvent dès l'arrêt du traitement. Ce dernier engendre également une forme d'insensibilisation, qui oblige à augmenter les doses dans le temps. De plus, l'effet n'est plus seulement local si l'on applique ces pommades sur de vastes zones. Cette forme de traitement devrait donc être limitée à des formes aiguës ou fortement inesthétiques, pendant une courte période et sur une surface limitée.
- Calcipotriène : le calcipotriol est un dérivé de la vitamine D. Normalement, cette dernière est synthétisée lors de l'exposition de la peau à la lumière ultraviolette solaire. Il s'agit donc ici d'un substitut à cette exposition (ou à la puvathérapie). La quantité maximale applicable est cependant limitée, car, à fortes doses, le calcipotriol devient toxique.
- Rétinoïdes : le tazarotène est un dérivé de la vitamine A disponible en pommade. Sa tolérance serait cependant moindre que le calcipotriol.
- Les goudrons : ils étaient auparavant fréquemment utilisés en application sur le psoriasis mais étaient malcommodes car particulièrement salissants.
- Anthralène : le dithranol est un dérivé du goudron. Le dithranol a une certaine efficacité, surtout en association avec d'autres traitements mais il est parfois irritant et surtout incommode (très "tachant"), ce qui en limite son usage
- Acide salicylique
- propionate de clobétasol
- Bains
- Hydratants de la peau.

Ces traitements locaux peuvent être éventuellement associés.

Photothérapie

L'exposition solaire a le plus souvent une influence favorable sur le psoriasis. Cependant, dans 10% des cas, cette exposition sera en fait néfaste. Le sujet devra alors éviter le soleil, ou du moins éviter d'être directement exposé à ses rayons;

Traitement systémique

Pour les formes les plus sévères de psoriasis, les médecins peuvent prescrire des traitements par voie orale (pilule) ou par injection. Ces traitements sont appelés systémiques car les médicaments sont sensés se disséminer dans tout l'organisme. Ils ont souvent des effets secondaires, parfois sérieux.

- Le Méthotrexate est un antagoniste d'une vitamine, l'acide folique

➤ Rétinoïdes: un rétinol, tel l'acitrétine, est un composé qui a des propriétés proches de la vitamine A pouvant être prescrit pour les formes graves de psoriasis qui ne répondent pas aux autres thérapies. Cependant, ces traitements peuvent provoquer des malformations à la naissance en cas de grossesses de la patiente. La plupart des patients présente une résurgence du psoriasis après l'arrêt du produit.

➤ Cyclosporine: le psoriasis étant considéré proche des maladies auto-immunes, un immunodépresseur comme la cyclosporine peut parfois produire des effets positifs, mais ses effets secondaires sont importants (principalement en raison de l'affaiblissement du système de défense immunitaire).

➤ 6-Thioguanine

➤ Hydroxyurée

➤ L'Aléfacept est un anticorps dirigé contre des récepteurs de certains lymphocytes T. Il permet une réduction substantielle de la sévérité de la poussée avec une efficacité conservée au moins à moyen terme¹¹.

➤ L'Efalizumab est également un anticorps monoclonal dirigé contre un certain type de récepteurs leucocytaires avec une efficacité à court et moyen terme⁶

➤ L'Étanercept est un inhibiteur du TNF-alpha qui a également une bonne efficacité sur l'atteinte articulaire du psoriasis. D'autres médicaments de la même classe sont en cours de test, dont l'adalimumab.

➤ Soriatane plutôt efficace dans le rallongement des périodes de rémission, commence à faire effet généralement au bout de six mois.

D'autres médicaments ou traitements ont été plus ou moins testés : le XP-828L (Dermylex) a prouvé une certaine efficacité pour le psoriasis léger à modéré. La phytothérapie (Bardane, pensée sauvage et salsepareille sont parfois utilisée). Certaines nutriments (La nutrition Seignalet[réf. nécessaire], sont également parfois utilisées dans le psoriasis et dans le rhumatisme psoriasique, traitement dont l'efficacité est très contestée par le corps médical).

Entre autres nouveaux traitements, la lécithine marine est en cours d'évaluation et des résultats positifs ont déjà été publiés.

Évolution de la maladie

Cette dermatose chronique évolue de façon très individuelle, avec des poussées (les symptômes durent de trois à quatre mois), mais aussi des rémissions au cours desquelles les lésions disparaissent. On dit alors que le psoriasis est «blanchi». Le répit est de durée très variable (plusieurs mois, voire des années) et la rémission souvent incomplète.

Effet sur la qualité de la vie

Effet inesthétique handicapant le sujet dans sa vie quotidienne

Effets cardio-vasculaires

Les porteurs de psoriasis auraient un risque plus grand de faire un infarctus du myocarde, d'autant plus que l'atteinte est étendue.

Ostéopathie

La méthode Gesret <http://asthme-methode-gesret.com/asthme5.htm>



Il mentionne "document à photocopier et à diffuser largement" Donc voici une copie intégrale sur l'eczéma et le psoriasis

Introduction

Il s'agit d'informations articulaires nociceptives perçues, à tort, par le système central comme provenant de zones métamériques cutanées. La réponse défensive se localisera dans ces zones sous la forme d'un eczéma ou d'un psoriasis.

Ce qui est différent entre l'eczéma et le psoriasis

Toutes les personnes qui sont atteintes d'eczéma ont un bassin abaissé à droite et s'appuient toujours sur la jambe droite (vraie ou fausse jambe courte) et la première côte est toujours postériorisée à droite et subluxée).

Toutes les personnes qui sont atteintes de psoriasis ont un bassin abaissé à gauche et s'appuient toujours sur la jambe gauche (vraie ou fausse jambe courte). En plus du premier segment thoracique postériorisé à gauche, nous trouvons des restrictions articulaires en relation étroite avec les territoires métamériques où sont présentes les lésions mais un élément fait toute la différence :

- Le foie est en cause dans l'eczéma, par le sens de rotation de T9
- Le pancréas l'est dans le psoriasis, par le sens opposé de rotation de T9. La 9 dorsale perturbera les fibres nerveuses du pancréas.

Il existe bien un lien entre l'eczéma et le psoriasis, du fait qu'une certaine forme d'eczéma est psoriasiforme et qu'un psoriasis peut être eczématiforme.

L'eczéma se résorbe plus rapidement que le psoriasis, environ trois semaines. Le psoriasis, suivant son importance, demande un premier cycle de trois séances à une semaine d'intervalle et si nécessaire, une ou deux séances supplémentaires espacées d'un ou deux mois.

Ce qui me permet ces affirmations

La découverte de points réflexes, identiques dans leur principe au point de Mac Burney qui ne sont présent que dans le cas d'une pathologie viscérale.

Ils permettent de détecter, par voie réflexe, la présence d'une anomalie fonctionnelle viscérale (Foie, rate, pancréas, vésicule, etc. "Asthme Recherche fondamentale")

A ce propos, pourriez-vous répondre à ces questions

Pourquoi le point de Mac Burney est-il encore parfois présent, alors que l'appendice est enlevé depuis longtemps ?

Pourquoi un point identique est-il parfois présent du côté opposé ?

Qu'indiquent-ils dans ces cas ?

Depuis 1998, personne ne m'a répondu à ces trois questions simples, pourtant, je peux donner la réponse.

Ce qui fait alterner l'asthme et l'eczéma

Les informations nociceptives sont dominantes suivant un "accord" (comme en musique).

L'accord peut varier en fonction de circonstances que je ne décrirai pas ici, mais la projection des informations dominantes peut varier entre peau et viscère.

Le fait est bien connu, soigner un asthme conduit souvent à faire sortir un eczéma, et vice et versa.

Les accords sont dits dominants, mais des sous accords existent conjointement, le corps répond prioritairement au premier. Si l'on arrive à le masquer, le second se fera entendre et deviendra à son tour prioritaire.

Soigner une réaction n'est pas soigner la cause !

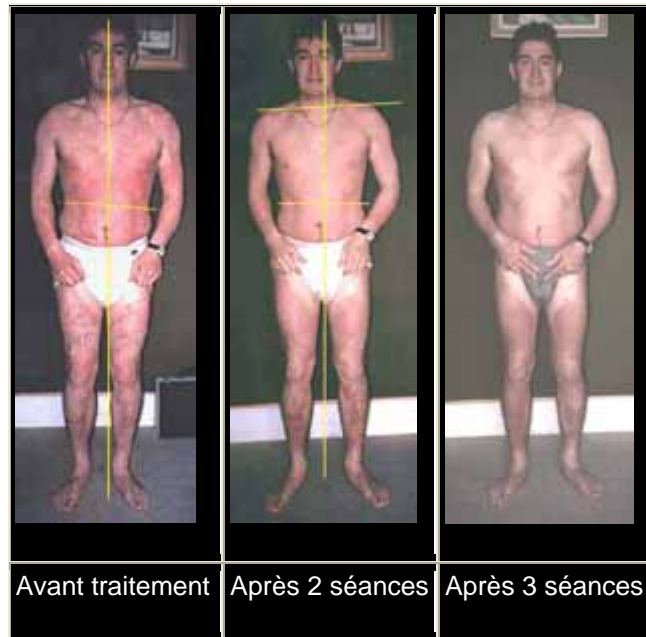
Vouloir la supprimer ne fait souvent que déplacer le problème car :

le corps ne fabrique que ce qui lui est ou lui semble utile pour assurer la survie du "Moi"

Certains travaux actuels "psychoneuroimmunodermatologie" sont sur la voie de la compréhension des mécanismes des pathologies immunitaires.

Il leur manque uniquement la notion de "stress endogène" pour comprendre pourquoi une pathologie va se développer avec une prédilection pour certains territoires métamériques ou viscéaux (organe cible).







Recettes

Pour traiter ce genre de pathologie, il suffit de procéder à une levée de toutes les restrictions de mobilité articulaire du rachis, de positionner correctement le bassin en position debout (pour obtenir une stabilité dans le temps ; 1er point important de ma technique), de positionner correctement l'étage T9 (fibres du pancréas ; 2ème point important), de positionner correctement l'étage T1 et la première côte (postériorisée à gauche, rarement bilatérale ; 3ème point important), ainsi que quelques petits détails (d'une très grande importance, que je livrerai pas ici car ils font partie de la formation).

J'ai une préparation à base de plantes pour le psoriasis et l'eczéma sec, ainsi qu'une lotion pour le cuir chevelu.

La première préparation (aucune odeur, non grasse) est destinée à être passée 2 à 3 fois par jour sur les lésions (en petite quantité à bien faire pénétrer jusqu'à ce que la peau ne soit plus sèche). Si les lésions sont sur tout le corps, ne traiter que les lésions les plus épaisses car la préparation est faite à base de teintures mères et contient donc un tout petit peu d'alcool qui passe par la voie cutanée. La seconde préparation est à utiliser en lotion et friction sur le cuir chevelu, 3 à 4 fois par semaine. Il est recommandé de faire des lavages avec un shampoing très doux (type Ducray).

Cette préparation n'est pas faite pour traiter un psoriasis comme le font les produits pharmaceutiques courants dans ce genre de pathologie. Son principe d'action est totalement différent.

Quand je l'ai conçue, j'ai posé comme problème : si dans une pièce il existe deux assiettes remplies de graines - l'une au milieu de la pièce - l'autre sur le radiateur - ces dernières vont germer plus rapidement que les premières. Donc, il faut faire baisser la température des zones où se développent les lésions en réparant les capillaires qui sont dilatés en permanence.

Pourquoi la température est-elle plus élevée sous ces zones ?

Simplement parce qu'il existe une vasodilatation permanente des capillaires !

Dans quel cas une zone cutanée a-t-elle ce type de comportement ?

Dans le cas d'un frottement répété et anormal d'une zone cutanée, la première réaction sera une

vasodilatation des capillaires et si le phénomène mécanique persiste, la couche de kératine va s'épaissir et former un cal protecteur.

Le phénomène est très proche dans le psoriasis. Donc j'ai d'abord cherché une plante qui pouvait aider à la réparation des capillaires, une autre qui y améliorait la circulation, une autre qui provoquait une vasoconstriction (passagère pour ne pas avoir un effet de rebond) et une autre ayant un pouvoir cicatrisant. Après quelques séries d'essais en double aveugle, cette formule s'est avérée la plus performante. Elle répare bien les capillaires et donne de bons résultats sur la couperose et les (petites) varicosités. Toujours est-il qu'elle favorise la disparition des lésions en évitant leur auto entretien (peau sèche irritant les terminaisons nerveuses et par voie réflexe : vasodilatation).

Des dermatologues l'ont testée en parallèle des produits classiques sur un même patient et en sont arrivés à la conclusion qu'elle avait une efficacité surprenante. Vous pouvez l'essayer et elle ne revient pas cher.

Les pathologies cutanées de la face

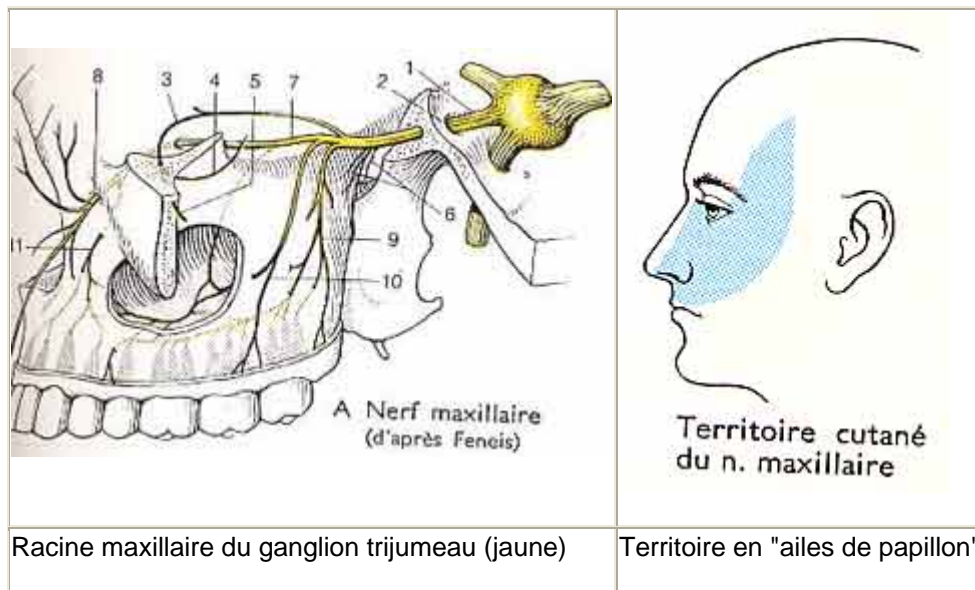
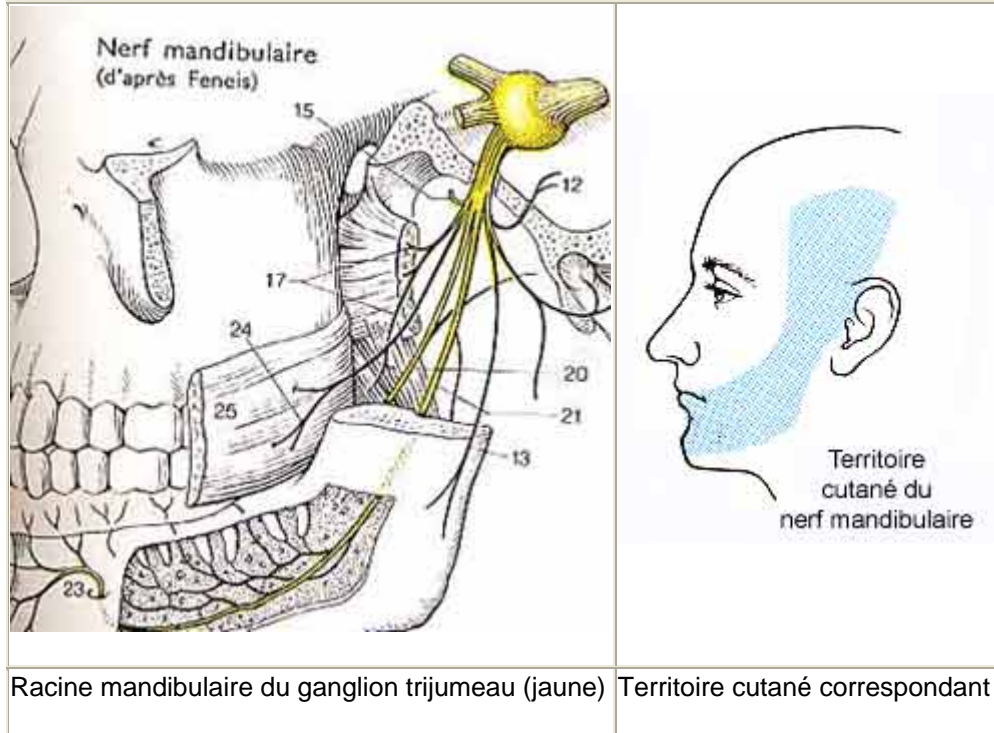
Toutes les personnes qui présentent un eczéma (ou autre pathologie érythémateuse :dermite, psoriasis, etc.) localisé sur le visage ont systématiquement des problèmes dentaires. En effet, il existe un arc réflexe de vasodilatation entre une zone cutanée précise et une racine nerveuse profonde du ganglion trijumeau.

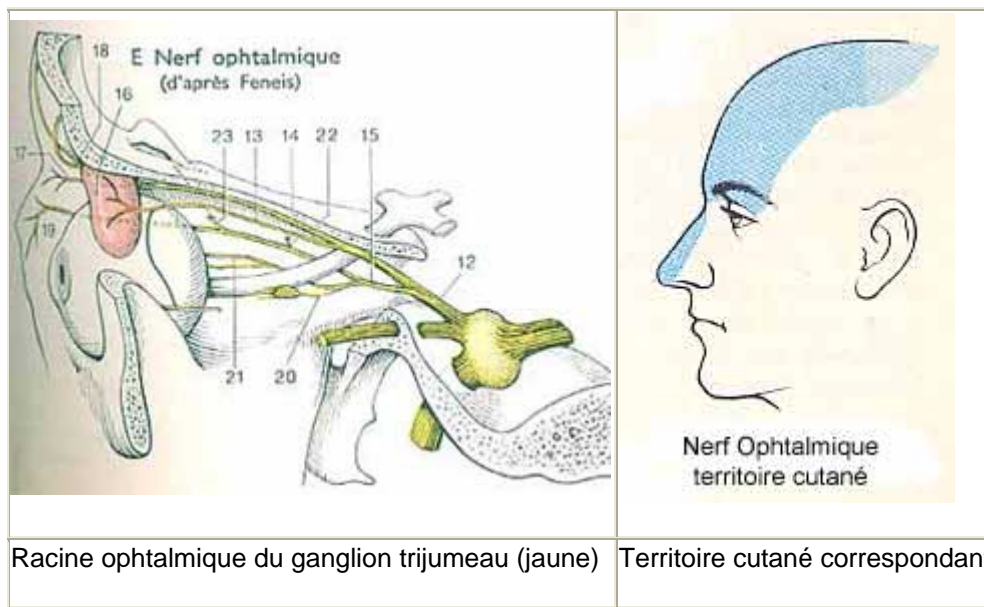
Cette distribution nerveuse cutanée est parfaitement décrite dans les ouvrages de neurologie et (devrait être normalement) connue de tous les dermatologues !

Lorsqu'il existe une infection dentaire, elle se comporte en "épine irritative" sur une fibre nerveuse qui se rend au ganglion trijumeau ; une réaction inflammatoire se produit au niveau de la gencive, en regard de la racine concernée.

Mais en plus, par arc réflexe, une réaction inflammatoire secondaire à lieu dans la zone cutanée en relation avec cette même branche du trijumeau.

Pour illustrer mon propos, rien ne vaut de bons schémas.





Pour savoir si vous avez une infection dentaire

Rien de plus simple :

- pour les dents du haut (maxillaire), mains ouvertes vers le haut, paumes vers le visage, à l'aide de vos deux pouces en appui sur les dents (à l'extérieur des joues), pressez de façon égale sur la gencive, de chaque côté en commençant par la zone des dents de sagesse, puis molaires, prémolaires, etc.
- pour les dents du bas (mandibule), même position des mains mais vous pressez à l'aide de vos index, les pouces en appui sous la mâchoire, partir de la zone dents de sagesse puis molaires, prémolaires, etc.

Si une zone est douloureuse à la pression, vous avez obligatoirement un problème infectieux dans la dent correspondante. Consultez votre dentiste et demandez lui d'examiner la dent ayant une gencive douloureuse, vous serez surpris, et lui aussi, de découvrir que j'ai raison.

Allons encore plus loin, j'affirme que :

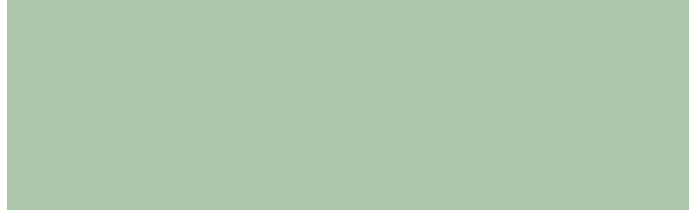
La projection d'une pathologie cutanée sur le visage correspond à un arc réflexe de vasodilatation qui a toujours pour origine une infection dentaire.

Je ne dis pas que la cause de la pathologie a une origine dentaire, mais je précise que sa localisation cutanée en est le motif !

La présence d'une sinusite permanente, a toujours pour origine une infection dentaire.

Il s'agit toujours d'une infection canalaire, sur une dent déjà soignée, mais dont le plombage ou la couronne ne sont plus étanches (très anciens), laissant passer des bactéries qui provoquent un foyer infectieux dans les racines. Il passe inaperçu par le simple fait que la dent est dévitalisée et qu'il n'y a pas de douleur ressentie, sauf par pression sur la gencive.

Une gencive saine est toujours indolore à la pression.



Position des praticiens face à ses méthodes

Depuis que j'ai commencé à divulguer mes travaux dans des articles de revues ainsi que dans mes deux livres, les critiques n'ont pas manqué !

Côté médecins il existe trois types de positions :

- Refus systématique (majorité) "**je n'y crois pas**" et "**si c'était vrai ça se saurait**"
- "**Faut voir**"(rare)
- "**C'est extrêmement intéressant**" (très rare, mais de plus en plus nombreux parmi ceux qui sont sortis de l'allopathie "pure et dure").

Côté Chiropracticiens, il existe deux types de positions :

- Aucun contact !
- J'ai adressé des courriers aux écoles U.S. pas de réponse ou lettre de menace si j'ose écrire une seconde fois (a prévenu son avocat d'intervenir) !!!
- Ils cherchent le "secret" de l'asthme, ne l'ont pas mais rêvent de le trouver car le marché est monstrueux. Leurs publications sur le sujet sont nulles.
- S'ils étaient moins prétentieux, ils m'inviteraient tout de suite, je leur remettrai les techniques sans problèmes.

Côté ostéopathes, il existe deux types de positions :

- "**Nous savons déjà tout ça**" (curieux, aucune de leurs publications ne fait pourtant état de résultats systématiques obtenus sur les pathologies - asthme, allergies, eczéma et psoriasis)
- "**Nous avons bien déjà constaté certaines observations que vous décrivez, mais sans jamais faire la relation avec les pathologies**" (rares, mais désirant apprendre).

Certains sont même d'une agressivité épouvantable (heureusement très très rare), issus de différentes "écoles" qui se dénigrent systématiquement et font toujours croire à leurs élèves qu'ils sont les détenteurs de "la vérité suprême".

Comme certains me l'ont dit : "Still avait tout expliqué, vous n'avez fait que copier ses travaux, il avait parfaitement décrit le traitement de l'asthme !"

Je serais donc très heureux qu'on me confirme ce fait, s'il est exact et surtout que l'on m'explique pourquoi personne ne l'a jamais mis en application ... !

Pour faire taire ceux qui citent, à la moindre occasion, la fameuse "Loi de l'artère" de Still (**sans jamais pouvoir l'expliquer**) : je vous invite cordialement à prendre connaissance des deux pages consacrées aux "énergies traditionnelles" de l'acupuncture et à la "théorie neurophysiologique du contrôle de l'énergie"(Acupuncture et ostéopathie : vérité neurophysiologique)

Écrit par Marie-Josée Leclerc D.O., 2007