

Spondylarthrite ankylosante fléau de la jeunesse

Maladie chronique souvent précoce se traduisant par une inflammation puis un raidissement progressif de la colonne vertébrale, la spondylarthrite ankylosante (SAA) est souvent traitée à coup d'anti-inflammatoires aux effets secondaires redoutables. Heureusement, les approches alternatives plus douces sont légion.

Dossier réalisé avec le concours du Dr Naïma Bauplé et de Vittoria Siegel (conseil en médecine nutritionnelle).

dans notre société, la rareté d'une maladie constitue souvent à elle seule un facteur potentiel de gravité. En effet, l'investissement financier nécessaire pour lui trouver un éventuel traitement est si énorme que peu de laboratoires se lancent dans l'aventure.

La spondylarthrite ankylosante (SAA), parfois appelée pelvispondylite rhumatismale, appartient à cette catégorie de pathologies chroniques et désespérantes. Cette maladie de la colonne vertébrale frappe souvent de jeunes adultes, parfois même des adolescents. Elle est un facteur de détérioration rapide et durable de la qualité de vie, même si l'invalidité qu'elle entraîne est généralement moins sévère que celle générée par la polyarthrite rhumatoïde.

Une forte prédisposition génétique semble exister, puisque près de 90% des patients qui en souffrent sont porteurs de l'antigène HLA B27. Les hommes sont deux à trois fois plus concernés que les femmes. La prévalence de la maladie varie beaucoup d'une région du monde à l'autre en lien direct

avec la plus ou moins large distribution de l'antigène HLA B27. Elle est ainsi plus élevée en Eurasie et en Amérique du Nord et bien moindre chez les peuples natifs d'Amérique du Sud et d'Australie. La communauté médicale internationale s'accorde sur un chiffre moyen égal ou supérieur à 0,2% dans les pays les plus concernés.

VOYAGE AU CŒUR D'UNE NÉBULEUSE

Plusieurs faits rendent particulièrement complexe l'approche de cette affection :

- L'antigène HLA B27 ne prédispose pas qu'à la SAA : on le trouve aussi très fréquemment associé à l'arthrite rhumatoïde juvénile, à l'arthrite réactionnelle et à l'uvéite antérieure aiguë isolée.
- Dans un cas sur dix, l'antigène n'est pas retrouvé, notamment lorsque la maladie frappe plusieurs générations : d'autres gènes sont alors certainement en cause.
- La SAA fait partie des spondylarthropathies (maladies de la colonne vertébrale affectant essentiellement le corps vertébral), et il n'est pas toujours facile de la distinguer des autres formes.
- Les mécanismes responsables de l'émergence de cette maladie sont encore quasiment inconnus, car les quelques pistes avancées ne permettent pas d'expliquer l'ensemble des cas observés.

TRAITEMENTS APPROXIMATIFS

Dans de telles conditions, les remèdes ne peuvent être que symptomatiques. Mis à part induire un certain soulagement, ils n'ont d'autre but que de ralentir l'évolution de la maladie.

Comme dans bien d'autres domaines, les médicaments allopathiques ne sont pas dénués d'effets indésirables sévères. Le recours aux solutions naturelles se révèle donc là encore justifié, car leur tolérance est souvent bien meilleure.

Le système HLA

Toutes les cellules de l'organisme, à l'exception des globules rouges, possèdent à leur surface des protéines spécifiques, les antigènes. Dès qu'une cellule exprime des antigènes différents, le système immunitaire la considère comme étrangère et lance un programme afin de l'éliminer au plus vite. Ce mécanisme est probablement impliqué dans l'apparition de la SAA.

Le spectre de l'ankylose

L'ankylose est le principal risque évolutif de la SAA. Elle résulte de la dégénérescence des tissus frappés par l'inflammation en tissus fibreux qui se calcifient progressivement jusqu'à former des passerelles osseuses limitant considérablement la mobilité des articulations. Le phénomène touche surtout la colonne vertébrale (celle-ci, à la radiographie, ressemble alors à une tige de bambou), les épaules, les hanches et les orteils. En outre, l'ankylose peut affecter l'ampliation thoracique ; le risque infectieux pulmonaire s'accroît alors considérablement. Seul point positif : il arrive que la douleur disparaisse une fois que l'ankylose est installée.

● Des causes mal comprises

Cercle vicieux

La pérennisation de la douleur et le spectre de l'invalidité exposent les victimes de SAA à un stress élevé et continu, ce qui épuise peu à peu la capacité de leur organisme à régénérer ses réserves en neuromédiateurs. Leur seuil de tolérance à la douleur s'en trouve encore abaissé, et l'humeur se fait de plus en plus dépressive, tandis que le terrain inflammatoire est renforcé.

en France, 7 à 8 % des individus sont porteurs de l'antigène HLA B27. S'ils ont un plus grand risque de contracter la SAA, la plupart ne la développeront pas. La prédisposition génétique et l'appartenance au genre masculin ne suffisent donc pas à expliquer l'apparition de la maladie.

CE QUE L'ON SAIT À CE JOUR

La première atteinte observée est celle des enthèses: le tissu collagène des insertions osseuses des tendons, des ligaments et des aponévroses est le siège d'une inflammation.

Plusieurs observations conduisent à penser que la SAA fait suite à la réaction inadaptée du système immunitaire à une infection bactérienne. Entre autres:

- La découverte fréquente d'une élévation significative des immunoglobulines A (IgA).
- La réaction immunitaire quasi systématique lorsque l'antigène HLA B27 est exposé à des types bactériens bien précis.
- L'association fréquente de la SAA avec une maladie inflammatoire chronique des intestins, ce qui suggère l'implication de certaines souches bactériennes telles que *Klebsiella pneumoniae*. Certains des anticorps dirigés contre elle sont également susceptibles de se retourner contre les cellules porteuses de l'antigène HLA B27.
- Le lien entre la réaction inflammatoire et la production de certains anticorps, notamment contre les collagènes de type II et IV.

Quant aux mécanismes impliqués dans la pérennité de l'inflammation, deux hypothèses sont actuellement avancées, qui peuvent d'ailleurs être associées:

- La persistance de l'infection bactérienne facilitée par la défaillance des défenses naturelles.
- Une similitude entre antigènes bactériens et antigènes exprimés par l'être humain infecté.

DES SYMPTÔMES TRÈS DIVERS

Dans environ 80% des cas, la maladie débute par une atteinte des articulations sacro-iliaques et du rachis (le plus souvent au niveau lombo-dorsal): la raideur engendrée est responsable du dérouillage matinal et des douleurs vertébrales, thoraciques ou fessières qui sont, sous leur forme typique, atténuées par l'effort et aggravées par le repos.

Dans les 20% restants, l'affection se déclare au niveau des membres: arthrite du genou, inflammation d'une insertion tendineuse (notamment au niveau du tendon d'Achille et de la plante du pied), orteil ou doigt en saucisse (symptôme très évocateur de la maladie) et, plus rarement, inflammation de l'articulation coxo-fémorale. Lorsque plusieurs lésions existent simultanément, leur distribution est souvent asymétrique.

Un large éventail d'autres troubles accompagne fréquemment ces deux tableaux:

- Impotence, fatigabilité rapide, sueurs nocturnes abondantes.
- Uvéite antérieure à répétition, changeant de côté.
- Inflammation de la muqueuse intestinale, souvent sans manifestation clinique.
- Inflammation pulmonaire pouvant mener à une fibrose avec dilatation des bronches et emphysème.
- Troubles de la conduction intracardiaque de l'influx nerveux, insuffisance aortique.
- Néphropathie à IgA.
- Fibrose rétropéritonéale.

Comme au cours de bien d'autres maladies chroniques, le processus évolutif de la SAA se caractérise par une alternance de poussées inflammatoires et de périodes de rémission. Quant à l'ankylose, même si elle disparaît lors des premiers moments d'accalmie, elle tend à perdurer et à s'aggraver au fil des ans. Dans le pire des cas, elle s'installe bien plus rapidement, ce que la concomitance de certains signes peut laisser présager: la déclaration de la maladie à l'adolescence (lire encadré), l'atteinte de la hanche, l'inefficacité des AINS et l'élévation importante des marqueurs biologiques de l'inflammation que sont la CRP et la VS.

Plus la SAA débute jeune, et plus elle est sévère

Si la maladie se déclare en général au seuil de l'âge adulte, elle commence parfois avant 16 ans. Elle se caractérise alors d'emblée, et tout au long de son évolution, par un plus grand nombre de manifestations au niveau des enthèses et des articulations. Ces formes précoces sont d'autant plus fréquentes que le niveau socio-économique est faible. Ce qui suggère une implication du stress, quelle qu'en soit l'origine.

● Un diagnostic urgent, mais difficile

Le grand nombre des complications auxquelles sont exposés les patients atteints de SAA rend d'autant plus urgente la formulation d'un diagnostic. Or, ce dernier, comme on va le voir, est souvent difficile...

► Les complications de la SAA

- Ankylose.
- Insuffisance rénale.
- Myocardite, insuffisance aortique.
- Cyphose dorsale avec diminution de l'amplitude respiratoire et fragilité pulmonaire face aux agents infectieux.
- Ostéoporose exposant au risque de compression de la moelle osseuse à la suite d'une fracture vertébrale, d'où paraplégie voire tétraplégie.
- Handicap, anxiété et dépression.

Ce risque évolutif incite à identifier la SAA le plus tôt possible pour en ralentir l'évolution. Une tâche compliquée par le fait que cette affection est souvent associée à d'autres pathologies, dont :

- Psoriasis.
- Arthrite réactionnelle (aussi appelée syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter et syndrome oculo-urétror-synovial) : épisode inflammatoire articulaire non infectieux apparaissant quelques semaines après une infection urogénitale ou digestive.
- Maladie chronique des intestins.
- Néphropathie à IgA (ou maladie de Berger).

L'examen clinique localise les différents points douloureux en même temps qu'il écarte l'éventua-

lité d'une lésion nerveuse, notamment sciatique. Le bilan complémentaire inclut le dosage de la CRP et de la VS (mesure de l'intensité du processus inflammatoire), la recherche de l'antigène HLA B27 et l'imagerie.

Dans le même temps, un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) est régulièrement prescrit, non seulement pour soulager la douleur, mais aussi pour conforter le diagnostic. En effet, en cas de SAA, la douleur s'estompe dans les 48 heures et réapparaît aussi rapidement à l'arrêt du médicament.

En plus de confirmer le diagnostic, le bilan recherche d'autres manifestations éventuelles : uvéite, troubles de l'influx nerveux dans les cavités cardiaques ou insuffisance aortique.

GRILLES DE CRITÈRES

Parvenir rapidement à un diagnostic certain est quasiment impossible, car distinguer la SAA des autres formes de spondylarthropathies (SAP) reste compliqué : les signes radiologiques d'atteinte sacro-iliaque ne sont détectés qu'après des mois, voire des années d'évolution de la pathologie !

Plusieurs grilles de critères ont été élaborées depuis les années 1960 (lire encadrés). On utilise notamment les critères Amor (proposés en 1990 par le rhumatologue Bernard Amor), de spécificité (98 %), et les critères de l'European spondylarthropathy study group (ESSG), de spécificité légèrement inférieure (96 %).

Les critères de l'ESSG

L'European spondylarthropathy study group (ESSG) répartit ses critères en deux groupes.

Critères majeurs : douleurs vertébrales de type inflammatoire, atteinte articulaire asymétrique ou prédominante aux membres inférieurs.

Critères mineurs : antécédent familial de SAA, d'uvéite ou de MICI, psoriasis, MICI, atteinte d'une ou plusieurs entèses, signes radiologiques au niveau sacro-iliaque.

Le diagnostic de SAP est affirmé lorsqu'au moins un critère majeur et un critère mineur sont présents.

Les 12 critères d'Amor

Chacun est doté d'une valeur spécifique. Dès que le total atteint 6 points, le diagnostic peut être affirmé.

- | | |
|--|---|
| 1. Douleurs nocturnes ou raideur matinale au niveau lombaire ou dorsal 1 | 8. Épisode diarrhéique moins d'un mois avant une arthrite 1 |
| 2. Atteintes articulaires des membres réparties de façon asymétrique 2 | 9. Présence ou antécédents d'une ou plusieurs des pathologies suivantes : balanite, psoriasis, maladie inflammatoire chronique des intestins 2 |
| 3. Douleurs fessières :
a. sans précision 1
b. à bascule 2 | 10. Images radiologiques d'atteinte sacro-iliaque 3 |
| 4. Doigt ou orteil en saucisse 2 | 11. Découverte d'un ou de plusieurs des éléments suivants 2
a. Antigène HLA B27
b. Antécédent familial de SAA, d'arthrite réactionnelle, de psoriasis, d'uvéite, de maladie inflammatoire chronique des intestins |
| 5. Inflammation d'une ou de plusieurs insertions tendineuses sur l'os 2 | 12. Efficacité rapide des AINS et rechute aussi rapide à leur arrêt 2 |
| 6. Iritis 2 | |
| 7. Urétrite ou cervicite non gonococcique moins d'un mois avant une arthrite 1 | |

● Des traitements allopathiques limités

Gare aux antalgiques!

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ne suffisent pas toujours à museler la douleur. Paracétamol et codéine sont alors prescrits, soit seuls, soit associés. Quand, malgré cela, la sédation n'est pas obtenue, le risque de toxicité par surdosage est alors non négligeable. Les conséquences peuvent être graves : insuffisance hépatique pouvant nécessiter une greffe avec le paracétamol, problèmes respiratoires avec la codéine.

Les causes exactes de l'apparition de la SAA étant toujours mal connues, la médecine conventionnelle en est réduite à prescrire aux malades des traitements qui ne font qu'atténuer les symptômes sans vraiment guérir.

DEUX TYPES DE MÉDICAMENTS

- Les uns sont destinés à soulager de la douleur en jugulant rapidement les phénomènes inflammatoires aigus qui accompagnent chaque nouvelle poussée. En première intention, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : acéclofénac, célécoxib, diclofénac, flurbiprofène, kétoprofène, naproxène, piroxicam... Il est souvent nécessaire d'en essayer plusieurs avant d'induire une sédation satisfaisante, car la sensibilité individuelle varie considérablement d'une molécule à l'autre. En cas d'échec ou d'épisode particulièrement sévère, un bolus de méthylprednisolone (corticoïde) est alors injecté.
- Les autres se prennent en relais, lorsque les premiers se sont révélés inefficaces : sulfasalazine, méthotrexate, thalidomide, pamidronate. Plus rarement, en cas de nouvel échec, l'infliximab et l'étanercept, toujours sous surveillance stricte.

► Traitements et effets indésirables

AINS : ulcère gastroduodéal, hémorragie digestive, perforation intestinale, accidents cardiovasculaires potentiellement mortels.

Sulfasalazine : neuropathie périphérique, encéphalopathie, fièvre, dépression, induction d'auto-anticorps.

Méthotrexate : infections diverses, septicémie, insuffisance rénale.

Thalidomide : pneumonie, embolie pulmonaire, thrombose veineuse profonde, insuffisance cardiaque, lésions de certains nerfs périphériques, dépression, état confusionnel.

Pamidronate : douleurs osseuses, ostéonécrose du maxillaire si un foyer infectieux bucco-dentaire n'a pas été préalablement éradiqué.

Infliximab : infections, lymphome, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, hémorragie gastro-intestinale, perforation intestinale, hépatite, pancréatite, apparition ou aggravation de psoriasis, douleurs articulaires et/ou musculaires, maux de tête, convulsions, insomnie, dépression, conjonctivite.

Étanercept : infections, cancer cutané, démyélinisation du système nerveux central évoquant une sclérose en plaques, fibrose pulmonaire, uvéite.

RÉÉDUCATION ET CHIRURGIE

Considérée comme le volet principal du traitement allopathique, la rééducation encourage la pratique quotidienne d'exercices vertébraux et respiratoires. Parallèlement, lorsque la maladie conduit à de mauvaises positions, sont proposés un corset plâtré (notamment en cas de cyphose dorsale), des attelles de posture et/ou des semelles plantaires.

En cas d'ankylose de l'articulation coxo-fémorale, la réalisation d'une prothèse totale autorise la récupération d'une fonction convenable de la hanche. Quant aux interventions envisageables au niveau rachidien, elles ne sont pratiquées que dans les centres spécialisés, vu les risques sévères auxquelles elles exposent.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

La douleur quasi continue et l'ankylose progressive génèrent anxiété et dépression. Aussi, la psychothérapie et la prise d'antidépresseur se révèlent souvent nécessaires.

MESURES SOCIOPROFESSIONNELLES

Toute forme déclarée sévère est reconnue comme affection de longue durée, statut qui ouvre le droit à un ensemble de mesures destinées à améliorer la qualité de vie du malade.

Une ignorance coupable?

Alors qu'une atteinte de la muqueuse intestinale est régulièrement retrouvée au cours de la SAA, cette pathologie n'est pas réellement prise en compte par la médecine officielle.

Bien que de plus en plus d'arguments s'accumulent pour démontrer l'impact négatif de la dysbiose sur de nombreuses fonctions vitales, rien n'est mis en œuvre pour rétablir l'intégrité de l'unité fonctionnelle intestinale (muqueuse, mucus et microbiote), sans laquelle le système immunitaire ne peut retrouver sa pleine efficacité, ce qui est pourtant indispensable dans la SAA!

● Des solutions naturelles méconnues

Les solutions naturelles alternatives aux traitements allopathiques recouvrent, côté prévention, le respect de certaines règles d'hygiène et l'adoption d'une alimentation plus saine. Certains compléments alimentaires aident aussi à restaurer le cartilage, à rétablir l'unité fonctionnelle intestinale (en cas de dysbiose) et à lutter contre la douleur et l'inflammation.

L'HYGIÈNE AVANT TOUT

Première chose à faire : arrêter le tabac, qui intensifie les symptômes et aggrave l'évolution.

Adopter le régime du D^r Seignalet : éviction du gluten (produits à base d'avoine, de blé sous toutes ses formes, d'orge et de seigle) et des produits laitiers, cuisson des aliments à la vapeur douce, augmentation des apports en oméga 3 (huiles de colza, de lin ou de cameline : une cuillerée à soupe par jour ; anchois, sardine, maquereau : 120 g, 2 à 3 fois par semaine). Veiller à ce que la plupart des aliments consommés soient d'origine biologique.

Pratiquer régulièrement une activité physique, toujours en douceur. Quand cela ne fait pas partie des habitudes, commencer par le yoga derviche et/ou le nadi yoga, qui facilitent la réduction du stress, de la douleur et de la fatigue.

COMPLÉMENTATION NUTRITIONNELLE

► Restaurer le cartilage

Au niveau biochimique, la SAA se caractérise par une atteinte du collagène, le constituant majeur des enthèses. Ce processus peut être efficacement combattu par la prise de collagène non dénaturé de type II (CNDT2), immuno-modulateur breveté qui, en plus de stopper le mécanisme destructeur, permet la régénération des tissus lésés par la dernière poussée inflammatoire. La mobilité s'en trouve bien sûr améliorée, elle aussi.

Flex-Tonic (CNDT2 associé à la silice et à la vitamine C, deux micronutriments nécessaires à la formation du collagène) : 1 comprimé par jour pendant des mois.

► Rétablir l'unité fonctionnelle intestinale

Prendre conjointement :

● **Un extrait de *Boswellia serrata***, riche en boswelline, principe actif aux puissantes ver-

● L'intestin au cœur des débats

● Excepté dans les formes familiales, une réponse immunitaire est fréquemment retrouvée au cours de la SAA, souvent vis-à-vis de *Klebsiella pneumoniae*, parfois d'autres germes comme *Chlamydia*, et ce, dès les premières semaines suivant une infection gastro-intestinale ou urogénitale. ● Des auteurs ont même proposé que la recherche d'anticorps dirigés contre *Klebsiella p.* soit pratiquée dès les premiers signes évocateurs de la maladie. ● D'autre part, il est de plus en plus évident que la dysbiose intestinale est impliquée dans la progression du mal. ● Ce qui suggère qu'il est alors nécessaire de rétablir l'unité fonctionnelle intestinale, et plus encore si la pathologie est associée à une maladie inflammatoire chronique des intestins. ● La prise en charge de l'anxiété chronique et de la tendance dépressive est également indispensable. ● Pour ce faire, prendre un complexe de sel liposoluble, de vitamine B6 et de taurine : **D-Stress** ou **Streas-Nut**, 6 unités par jour les 3 premières semaines, puis 4 par jour en entretien. ● Combiner avec lithium oligoélément (**Granions**, **Oligosol**) : une ampoule 2 fois par jour, 3 semaines par mois, les 2 premiers mois.

tus anti-inflammatoires et régénérantes des muqueuses intestinale et respiratoire. 1 g par jour d'un extrait standardisé à 90 % de boswelline.

● **Un complexe pro- et pré-biotique** pour reconstituer la flore intestinale.

► Lutter contre l'inflammation et la douleur

Les phospholipides de curcuma (forme de curcuma réellement bien absorbée) sont aussi efficaces au niveau des articulations que de l'uvéite. Leur parfaite tolérance permet de réduire progressivement les doses d'AINS et de paracétamol, et parfois même de les arrêter définitivement.

NuCurcumaHD : 2 comprimés 2 fois par jour les 2 premiers mois, puis 1 comprimé 3 fois par jour au long cours.

Même si une sédation importante des symptômes inflammatoires et douloureux est souvent obtenue en moins de trois mois, il convient de continuer cette complémentation pendant un an, voire plus, toujours sous le contrôle d'un médecin nutrithérapeute ou naturopathe. La tolérance est excellente dans la majorité des cas.

Lorsqu'une ostéoporose est détectée, plusieurs micronutriments doivent être apportés en quantité suffisante : calcium, magnésium, vitamines B6, C, D et K, quercétine. Ce à quoi pourvoit le **complexe Ostéo-Nut** : 2 gélules par jour au long cours.

Autre possibilité, l'aragonite extraite de la nacre d'huile perlière : **Bio Aragonite** (une pulvérisation nasale 2 fois par jour, au long cours également).

Comment s'y retrouver ?

Face à une masse d'informations, il est difficile de déterminer lesquelles sont les plus adaptées à soi, même en temps normal. Heureusement, l'être humain possède un allié indéfectible, sa sagesse intérieure, partie importante de son subconscient, qu'il est aujourd'hui facile de consulter grâce à la kinésiologie. Là encore, le recours à un professionnel est fortement recommandé.

● Approches alternatives

→ ADRESSES UTILES

• Association France Spondylarthrites
www.spondylarthrite.org

• Action contre la spondylarthrite ankylosante
www.acs-france.org

→ À LIRE

• Jean-Marie Magnien
Réduire au silence 100 maladies par le régime Seignalet, Thierry Souccar éditions, 2013, 22 €

• Jacqueline Lagacé
- Comment j'ai vaincu la douleur et l'inflammation chronique par l'alimentation, Thierry Souccar éditions, 2013; 22 €
- Cuisiner pour vaincre la douleur, éd. FIDES, 2013, 22 €

Comme toute pathologie grave, la spondylarthrite peut naturellement engendrer un stress important. Les émotions négatives alors générées sont toxiques. Apprendre à les gérer de façon saine est aussi nécessaire qu'urgent. Pour ce faire, faites appel à un thérapeute correctement formé à l'une des méthodes suivantes : EFT, EMDR, gestalt thérapie, approche centrée sur la personne, analyse transactionnelle, etc. Voici les approches alternatives les plus accessibles.

HOMÉOPATHIE

De nombreux remèdes ont une action sur la douleur et l'inflammation.

En cas de douleurs au niveau des insertions tendineuses : *Ruta Graveolens*, *Bryonia Alba*, *Symphytum*.

Sur l'inflammation des articulations sacro-iliaques : *Actaea Racemosa*, *Calcarea Fluorica*, *Causticum*, *Ferrum Phosphoricum*, *Kalium Bichromicum*, *Phosphorus*.

Traitement de fond : *Medorrhinum*, *Thuja Occidentalis*, *Aurum Metallicum*.

Tellurium, peu connu, est indiqué lorsque les douleurs rachidiennes sont aggravées par les secousses, le toucher, l'effort, la toux, le rire et améliorées lorsque la jambe est fléchie. 3 granules en 5 à 9 CH, 3 fois par jour puis espacement selon amélioration.

MÉDECINES TRADITIONNELLES

En médecine chinoise, le traitement consiste à tonifier le « Rein » et à renforcer le vaisseau gouverneur.

En médecine ayurvédique, l'émergence de la SAA serait étroitement liée à la prépondérance et au dysfonctionnement de la *vata dosha* (humeur).

Ces deux approches permettent des recommandations véritablement personnalisées. Dans un tel cadre, il n'existe donc pas de recette utilisable par tout un chacun. Gare à l'automédication!

AURICULOTHÉRAPIE

Comme l'acupuncture, elle favorise une réduction du terrain inflammatoire chronique en soulageant la douleur et les tensions psychologiques et physiques.

PHYTOTHÉRAPIE ET AROMATHÉRAPIE

De très nombreuses plantes sont connues pour leurs vertus antalgiques et anti-inflammatoires. En Occident : le cassis, la griffe du diable, la reine-des-près, l'écorce de saule blanc, la vergerette du Canada. Malheureusement, très peu d'évaluations de leur efficacité et de leur tolérance ont été menées dans le cadre de la SAA.

De nombreuses huiles essentielles peuvent être utilisées en traitement local, au niveau des articulations douloureuses, seules ou en association, notamment la gaulthérie (*Gaultheria procumbens*), l'eucalyptus citronné (*Corymbia citriodora*), l'héli-chryse italienne ou immortelle (*Helichrysum italicum*), la menthe poivrée (*Mentha piperata*) et le sapin baumier (*Abies balsamea*), connu pour ses propriétés anti-raideur. Attention à bien respecter les précautions d'usage.

BALNÉOTHÉRAPIE

Si l'objectif est de soulager les douleurs articulaires, les eaux sulfatées sont plus indiquées. Exemple : Aix-les-Bains. Si le but est la rééducation fonctionnelle, les eaux chlorurées sodiques sont à privilégier. Exemple : Rochefort. ●

Le régime du D^r Seignalet à l'honneur

Bien qu'une étude ait montré que la production anticorps anti-gliadine pouvait contribuer à l'émergence de la SAA par le biais d'une hyperperméabilité intestinale, la piste de l'intolérance au gluten n'a pas été réellement exploitée. Seule une autre étude suggère que la diminution de la consommation d'amidon a un effet bénéfique. Quant à l'implication éventuelle des produits laitiers, elle n'a fait l'objet d'aucune étude. Aussi, la justification du régime du D^r Seignalet ne repose que sur son expérimentation et celle de son successeur, le biologiste Jean-Marie Magnien : sur plus d'une centaine de patients atteints de SAA, plus de 90% de ceux qui ont scrupuleusement observé les recommandations du régime pendant un an, ont constaté de bons, voire très bons résultats sur leur état de santé.