

# 16 découvertes clés sur l'arachnoïdite

7 Juin 2019

Par Forest Tennant, Docteur en Médecine, chroniqueur PNN

Nous avons lancé le « Projet de Recherche sur l'Arachnoïdite » il y a environ 6 mois. Notre premier objectif était de rassembler ce que nous avons appris jusqu'à présent. Tandis que nous continuons à recueillir de nouvelles informations, ce court rapport est une tentative provisoire de transmettre nos découvertes aux communautés de patients et de praticiens.

Ce rapport n'est pas destiné à être un protocole formel, mais un moyen de transmettre ce que nous avons trouvé et déterminé au cours de nos découvertes. Il faut garder à l'esprit que la recherche est toujours en mouvement et non exhaustive. À l'avenir, de nouvelles découvertes permettront probablement, à la fois de clarifier et de développer nos premiers constats, tels que présentés dans ce rapport.

Honnêtement, la réponse au projet de recherche sur l'arachnoïdite a été phénoménal. Chaque jour, nous recevons des demandes de patients et de praticiens. Les patients veulent de l'aide. Les praticiens désirent savoir quoi faire.

A ce jour, nous avons examiné plus de 300 IRM de cas d'arachnoïdite adhésive (AA). Nous avons reçu des demandes de renseignements de 5 continents et de plus de 17 pays. Une chose est certaine. Il est nécessaire de rechercher et de trouver un traitement pour l'AA.

L'objectif de notre recherche est d'apporter un traitement de l'AA à toutes les communautés du monde entier. Comment ? En développant à la fois des protocoles de diagnostic et de traitement, qui peuvent être mis en œuvre par n'importe quel médecin dans chaque communauté. Voici ce que nous avons appris jusqu'à présent :

16 conclusions sur l'arachnoïdite adhésive :

1 - L'efficacité du traitement est meilleure par l'administration simultanée d'un programme de médicaments à trois composants pour supprimer la neuro-inflammation, favoriser la neuro-régénération (repousse nerveuse) et contrôler la douleur pour fonctionner. Les médicaments pour ces trois catégories peuvent être prescrits par n'importe quel médecin généraliste.

2 - La cause la plus fréquente de l'AA lombaire sacrée n'est plus la ponction lombaire ou le traumatisme, mais la détérioration du disque intervertébral et la sténose spinale, qui provoquent le frottement des racines nerveuses de la queue de cheval et leur friction, une inflammation et la formation d'adhérences.

3 - Bien qu'il n'y ait pas de symptôme unique qui identifie de manière unilatérale l'AA, il y a quelques symptômes que la majorité des patients présentent habituellement. Un simple questionnaire de 7 questions a été développé pour aider à identifier les potentiels patients atteints d'AA. Si un patient répond « oui » à au moins quatre des sept questions du test, il doit immédiatement être évalué par un médecin, pour confirmer le diagnostic.

4 - Un IRM de contraste ou un IRM haute résolution TESLA-3 (ou supérieur) peut être réalisé pour visualiser les racines nerveuses de la queue de cheval, et montrer leur gonflement, leur

déviations, leur agglutination et des adhérences anormales avec la couche arachnoïdienne du revêtement du canal rachidien. Plus elles sont importantes, plus elles sont généralement associées à la douleur et aux troubles neurologiques les plus sévères.

5 - Certains IRM ne sont pas concluants ou équivoques, même si des symptômes typiques peuvent être présents. Dans ces cas, des essais thérapeutiques luttant contre la neuro-inflammation et de contrôle de la douleur sont justifiés.

6 - L'altération de l'écoulement du liquide céphalorachidien est courante chez les patients atteints d'AA et semble être une cause de maux de tête, de vision floue, de nausées et d'étourdissements. Une obstruction ou une accumulation de liquide peut souvent être observée sur un IRM.

7 - L'infiltration de liquide céphalorachidien dans la couche arachnoïdienne endommagée et la paroi du revêtement de la colonne vertébrale sacrée lombaire est courante, et peut être une cause de douleur, de destruction des tissus et de contraction sévère qui entraîne une limitation de l'extension des bras et des jambes. Un signe physique d'infiltration chronique est une brèche des tissus autour de la colonne lombaire.

8 - La douleur due à l'AA semble avoir une composante de deux types : inflammatoire et neuropathique (lésions nerveuses). Elle peut aussi être centrale, ce qu'on appelle la douleur « descendante ». Un contrôle adapté à la douleur peut nécessiter des molécules en tout genre.

9 - Il n'existe actuellement aucun test de laboratoire fiable confirmant la présence d'une neuro-inflammation active, bien que certains marqueurs (sous-produits de l'inflammation) tels que la protéine C-réactive et la Myéloperoxydase puissent parfois apparaître dans le sang. La neuro-inflammation peut entrer en rémission, mais elle peut également agir silencieusement pour provoquer une destruction progressive des racines nerveuses.

10 - Les études scientifiques et expériences animales démontrent que les neuro-stéroïdes (hormones fabriquées à l'intérieur de la moelle épinière) ont un rôle fondamental pour soigner la neuro-inflammation et stimuler la régénération nerveuse. Nos observations indiquent clairement que les patients qui ont pris une ou plusieurs des hormones supposées réduire la neuro-inflammation et induire la régénération nerveuse, sont ceux qui se portent le mieux.

11 - Les patients qui souffrent d'AA depuis plus de 5 ans doivent suivre un contrôle offensif de la douleur pour fonctionner et se rétablir. Après une longue période de neuro-inflammation non traitée, la cicatrisation des racines nerveuses est trop avancée pour qu'une régénération importante puisse se produire.

12 - Les médicaments et les hormones nécessaires à calmer la neuro-inflammation et à régénérer les racines nerveuses n'ont pas besoin d'être pris quotidiennement pour être efficaces, ce qui évite les effets secondaires. Les praticiens médicaux ont le choix des molécules, et ils peuvent être prescrits par les médecins généralistes. Nous avons constaté qu'un dosage de trois fois par semaine est généralement tout à fait suffisant.

13 - Les personnes qui ont développé des AA sans causalité, un traumatisme ou une

discopathie chronique, ont souvent un trouble génétique du tissu conjonctif dont les plus courants sont les syndromes d'Ehlers-Danlos.

14 - L'arachnoïdite cervicale est principalement un diagnostic clinique « présumé » car il n'y a pas de racines nerveuses pouvant s'agglutiner et observables sur l'IRM. Le principal résultat de l'IRM est l'obstruction de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien et le symptôme clinique est une douleur extrême lors de la flexion du cou.

15 - Les seules molécules systématiquement efficaces sont : Parmi les anti-inflammatoires le Kétorolac ; et parmi les corticoïdes la Méthylprednisolone. Les autres anti-inflammatoires et corticoïdes ne traversent pas la barrière hémato-encéphalique pour se fixer aux récepteurs des cellules gliales.

16 - Certains composés, apparemment sans rapport, supprimant l'inflammation microgliale dans les études animales et in vitro, semblent également avoir un avantage thérapeutique en tant que suppresseurs de la neuro-inflammation chez les patients atteints d'AA. Ceux-ci sont la Pentoxifylline, l'Acétazolamide, la Minocycline et la Metformine.

La Fondation Tennant a également publié un protocole amélioré pour les médecins généralistes qui traitent les patients avec une AA. Vous pouvez trouver les protocoles et les rapports de recherche sur notre site Web.



*Forest Tennant, Docteur en Médecine, a pris sa retraite clinique mais poursuit ses recherches révolutionnaires sur le traitement de la douleur chronique et de l'arachnoïdite. Ce rapport est fourni en tant que service gratuit par le projet de recherche et d'éducation sur l'arachnoïdite de la Fondation Tennant et publié avec son autorisation. La correspondance doit être envoyée à [veractinc@msn.com](mailto:veractinc@msn.com)*

*Les informations contenues dans cette colonne ne doivent pas être considérées comme un avis médical professionnel, un diagnostic ou un traitement. Il est uniquement à titre informatif et ne représente que les opinions de l'auteur. Il n'exprime ni ne reflète de manière inhérente les points de vue, opinions et/ou positions de Pain News Network.*