



**Gestion de la Neuro-inflammation -
des Maladies de la colonne vertébrale -
et de l'Arachnoïdite Adhésive**

Avec le Dr. Forest Tennant ; Animé par « The Monk and the Hedonist »
Podcast#7 avec le Dr. Bobby Koneru et le Dr. Deepti Agarwal.

La traduction vous est offerte par l'ACMCRN. Vous pouvez en savoir plus sur l'ACMCRN en rejoignant notre groupe Facebook. Le site Internet sera bientôt disponible !

<http://www.acmcrn.com>

L'interview de la traduction peut être consultée ici :

<https://youtu.be/raNwYpMQqD4>

[Monologue d'ouverture]

Bienvenue à « The Monk and the Hedonist ». Un podcast qui explore la longévité, la résilience, et tous les facteurs qui l'influencent, notre santé cognitive, physique et émotionnelle. L'émission est animée par le Dr. Bobby Koneru et le Dr. Deepti Agarwal. Nous nous entretenons avec des experts, des personnes spécialistes et influentes sur le sujet.

Dr. Koneru :

Bienvenue dans l'épisode de ce soir « The Monk and the Hedonist ». Nous avons un invité spécial ce soir, le Dr. Forest Tennant, qui va nous parler des troubles neuro-inflammatoires de la colonne vertébrale. J'ai une raison très personnelle d'avoir souhaité inviter le Dr. Forest Tennant et je vais l'expliquer. Avant de commencer, je voudrais d'abord porter un toast à notre habituel « The Monk and the Hedonist ». Ce soir, je bois un thé glacé à la camomille, et que buvez-vous là-bas à Chicago ?

Dr. Agarwal :

Bobby, ce soir je prends un thé anti-stress au kava. Je pense que je l'ai déjà pris lors d'un épisode précédent, c'est un simple thé agréable à boire en fin de soirée, santé !

Dr. Tennant :

Je bois un Seven Up sans sucre (rires).

Dr. Koneru :

Ok, parfait. Nous vous remercions de participer à l'émission de ce soir. Nous allons parler des maladies neuro-inflammatoires de la colonne vertébrale, portant un accent particulier sur l'Arachnoïdite. Comme vous le savez, j'ai une raison très personnelle de vous faire venir. Mon père, qui est un anesthésiste à la retraite, a reçu une infiltration épidurale de routine, pour traiter une douleur dans le bas du dos. Il a fini par développer une Arachnoïdite. En tant qu'anesthésiste, et moi-même en tant qu'oncologue, nous n'avions qu'une connaissance sommaire de ce que c'était, en dehors de ce que nous avons lu dans les manuels scolaires.

Une fois que mon père a reçu le diagnostic par IRM, souffrant des symptômes cliniques classiques qui en découlent, nous avons commencé à nous plonger dans le traitement de cette maladie, pour laquelle il y avait un grand manque d'informations, et votre nom nous est apparu. Vraiment, vous avez été un pionnier et un leader dans ce domaine. Ce qui m'a surpris, c'est le nombre de personnes qui ont développé ce type de trouble neuro-inflammatoire. Ils sont juste assis là, ne trouvant pas beaucoup de conseils ou d'aide. J'ai parcouru les groupes Facebook et il y a des milliers, littéralement des milliers de patients qui en sont atteints. C'est beaucoup plus commun que je ne l'avais jamais imaginé, alors... merci. Peut-être pourrions-nous commencer par parler de votre parcours, et de ce qui vous a amené à ce sujet.

Dr. Tennant :

Tout d'abord, je suis fondamentalement un interne de métier. J'ai suivi une formation en santé publique, en fait, en psychiatrie, et mes premiers centres d'intérêt étaient principalement la dépendance, mais ensuite la douleur s'est imposée, comme une suite. Donc, sans entrer dans les détails, c'est vraiment de là que je viens - de la médecine, de la toxicomanie et des dépendances.

J'ai été l'un des premiers à développer les tests urinaires, les études cliniques de méthadone et de la naltrexone, tout en essayant de traiter ces malheureux patients. En fait, j'en suis venu à la gestion de la douleur parce que, je pense que certaines personnes sont encore perdues aujourd'hui. Dans les années 70, tout le monde pensait que quiconque prenait un opioïde était forcément dépendant, mais on a vite appris que certaines de ces personnes prenaient des opioïdes pour des raisons légitimes, contre la douleur. Pas pour l'euphorie, ou pour une raison psychologique. Donc très tôt, quand je dis tôt, je parle d'il y a 40 ans environ, j'ai réalisé que nous devions traiter les toxicomanes, et nous devions traiter les patients qui souffrent, légitimement. Nous avons quelques patients qui sont un peu un mélange des deux, mais pour la plupart, c'est assez clair. J'ai passé 50 ans à étudier ces patients et à m'y tenir.

Pourquoi j'ai été impliqué dans l'Arachnoïdite, en est un peu l'histoire.

La plupart des gens aujourd'hui n'imaginent pas ce qu'était le Pantopaque.

L'Arachnoïdite a une histoire intéressante pour commencer, et, non, ce n'est pas une morsure d'araignée. La couche arachnoïde fait partie de la couverture du canal rachidien ou

du cerveau. Je vais juste utiliser le mot couverture, car les mots comme méninges et sac dural sont faits pour nous, médecins, mais tout le monde l'appelle l'enveloppe du canal rachidien. L'arachnoïde est vraiment une des couches de la couverture, et il y a des cas qui remontent probablement aux années 1700. J'ai trouvé un médecin qui a sûrement traité des cas dans les années 1700.

Dans les années 1800, c'était une maladie effrayante. Les causes connues de cette maladie étaient la syphilis et la tuberculose. Certains médecins reconnaîtront le Dr. Addison. Si vous retournez en arrière et que vous regardez la douzaine de cas qu'il a répertorié en 1855, environ un tiers de ceux-ci étaient des cas d'Arachnoïdite, qui ont développé une insuffisance surrénale, et, bien sûr, ils en sont morts. L'Arachnoïdite était inscrite dans les dictionnaires médicaux vers 1860, elle existe donc depuis longtemps.

Au cours des années 1900, la cause de l'Arachnoïdite a fondamentalement disparu. La syphilis a été traitée, et la tuberculose aussi, donc la maladie a disparu. Puis, on a introduit le Pantopaque pour les myélogrammes, et ce colorant était toxique pour certaines personnes. Dans les années 80, on m'a en fait adressé à des gens qui avaient déjà reçu le diagnostic d'Arachnoïdite à cause du Pantopaque, et bon sang, c'était des cas terribles. J'ai même eu notre premier groupe d'entraide à St. Louis puis ces gens ont disparu, puis en 1987, les IRM ont été développées, et c'était une aubaine. La technologie IRM a été une merveille. Cette technologie est vraiment la raison pour laquelle je fais cela ce soir. Si la technologie de contraste et les IRM n'avaient pas vu le jour, nous n'aurions pas pu caractériser cette maladie, et nous n'aurions jamais compris que les disques saillants étaient enflammés, que les racines de la queue de cheval puissent être enflammées, ainsi que leur couverture. L'Arachnoïdite Adhésive est la pire chose que vous puissiez avoir, parce que c'est vraiment une question de moelle épinière, connue sous le nom d'inflammation des racines de la queue de cheval. Le revêtement s'enflamme, et les racines nerveuses s'accrochent ensemble pour former une masse ; c'est donc une terrible maladie. Cependant, grâce aux IRM de contraste et à cette technologie, les gens qui ont des symptômes typiques peuvent être diagnostiqués. Vraiment, ce qui nous fait avancer, ce sont les IRM. C'est vraiment ce qui a fait la différence.

Quand j'ai commencé à regarder les IRM, j'étais complètement perdu. Je n'arrivais pas à comprendre ce qu'il se passait en regardant toutes ces racines nerveuses. Parce que les radiologues ne regardent pas les racines nerveuses, ils cherchent quelque chose de chirurgical, comme ils sont sensés le faire. J'ai appris à regarder ces racines nerveuses et diverses choses. Donc, le résultat final est que nous diagnostiquons maintenant des gens dont on ne pensait même pas qu'ils avaient un problème, et on leur donne le nom de syndrome du dos dégénératif ou dos neuropathique. J'ai beaucoup de termes que nous n'aurions probablement jamais dû utiliser.

Quoi qu'il en soit, nous savons maintenant que l'inflammation se trouve dans le canal rachidien. C'est une nouvelle donnée intéressante, et cela rend la pratique médicale beaucoup plus attrayante, à mon avis.

Dr. Koneru :

Donc, grâce à l'IRM, nous détectons beaucoup plus de troubles neuro-inflammatoires de la colonne vertébrale, et nous faisons le diagnostic de tout ce spectre de neuro-inflammations, dont la pire est l'Arachnoïdite. C'est bien cela ?

Dr. Tennant :

Cela résume très bien la situation. Quand vous êtes un médecin, ou même un radiologue, et que vous commencez à chercher ces cas, vous êtes dans le flou. Je peux vous dire que ce n'est pas comme tout le reste.

Après en avoir vu quelques-uns et avoir compris les bases, c'est comme lire une radiographie du thorax. Vous pouvez l'apprendre facilement et vous devriez. En fait, c'est plutôt intéressant. Vous pouvez voir ces différents troubles inflammatoires de la colonne vertébrale sur les nouvelles IRM de contraste, donc, je prédis que nous allons aller de l'avant avec ça. Maintenant que nous pouvons les diagnostiquer, nous pouvons avoir de meilleurs traitements.

9:25

Dr. Agarwal :

Merci d'avoir partagé cela avec nous. Je suis assez fasciné, en tant que médecin de la douleur. Nous sommes toujours en train de regarder les échecs de chirurgie du dos et les discopathies dégénératives, mais l'Arachnoïdite n'est pas quelque chose que nous recherchons systématiquement, sauf s'il y a une raison d'y penser, ce que nous allons voir dans une seconde. L'étiologie de cette maladie s'est étendue au cours des dernières années. Mais, juste pour clarifier, ce n'est donc pas quelque chose que les radiologues recherchent systématiquement ?

Dr. Tennant :

Ils le font maintenant, je peux vous le dire. Quand j'ai commencé à regarder les IRM il y a 5 ou 6 ans, vous n'aviez jamais vu un rapport de radiologie avec ce diagnostic. Aujourd'hui, vous le voyez couramment. En fait, parfois les radiologues diront, « oui, c'est ça » ou « non, je ne le vois pas » et vice versa, parce que vous pouvez vous retrouver dans le cas où, vous n'êtes pas vraiment certain de voir une simple inflammation des racines de la queue de cheval ou pas.

Néanmoins, c'est toujours une inflammation, et je sais que ça se généralisera, parce que ça rend l'entraînement un peu plus attrayant. Vous pouvez regarder ces IRM entre deux patients ou en vitesse, donc ce n'est pas un problème.

C'est clairement très simple. De cette façon, nous n'avons pas à rester assis là et dire que c'est un dos dégénératif ou que c'est une douleur neuropathique. Nous pouvons y mettre un peu plus de substance. C'est ce qui le rend plus facile et permet un meilleur traitement. Je pourrais apprendre à un élève de CM2 comment lire ces IRM, elles ne sont pas si complexes. C'est difficile, si vous ne l'avez jamais fait, mais ces IRM sont faciles à lire, une fois que vous avez le coup de main, bien sûr.

Dr. Koneru :

Pour le public, nous pourrions peut-être aborder les causes de la neuro-inflammation et de l'Arachnoïdite.

Il y a beaucoup de gens qui apprennent ça pour la première fois, et ils peuvent se dire « c'est quelque chose d'assez rare » et « je n'ai pas eu de chirurgie de la colonne vertébrale, ni de péridurale, donc je ne suis probablement pas à risque ». Mais en fait, c'est beaucoup plus large que ça. Beaucoup plus de choses peuvent causer une neuro-inflammation, autres que ces procédures invasives.

Dr. Tennant :

Tout d'abord, je pense que ça change maintenant, mais ces dernières années beaucoup de patients l'ont eu après une chirurgie, ou après une péridurale, donc ils ont toujours blâmé la péridurale ou la chirurgie ; mais ce n'était pas vraiment le cas. Pourquoi ont-ils subi une opération ou une péridurale en premier lieu ?

Aujourd'hui, la principale cause de l'Arachnoïdite Adhésive, et c'est une conséquence, est que, presque toutes ces personnes commencent par avoir de multiples disques saillants ; il s'agit donc vraiment d'une maladie discale. La deuxième cause la plus fréquente, que nous voyons aujourd'hui, ce sont les personnes qui ont une maladie génétique du tissu conjonctif ou du collagène, dont le nom le plus courant est le syndrome d'Ehlers-Danlos. Ces deux choses semblent être les deux causes principales.

Nous voyons encore une poignée de personnes qui ont subi un traumatisme. Ils ont eu un accident de voiture. Nous voyons aussi quelques personnes que nous pensons avoir un virus, mais c'est assez rare. Nous voyons quelques maladies auto-immunes. Et de manière intéressante, quelque chose comme l'arthrite psoriasique semble pouvoir y être associée. Mais fondamentalement, nous regardons un problème de dégénérescence de la colonne vertébrale dans lequel les gens ont des hernies discales.

La recherche sur ce sujet est fascinante, et je ne sais pas pourquoi nous n'avons pas mis les deux ensembles, il y a quelques années. Mais il a été démontré que ces disques protubérants sont distinctement atteints d'une inflammation.

Les disques en saillie sont donc enflammés. Nous ne savons pas si l'inflammation commence et cause les protubérances ou si les protubérances développent l'inflammation. Mais une fois que vous avez l'inflammation sous le disque, ce disque pousse sur le revêtement dural de l'arachnoïde ; et cette inflammation peut se propager comme l'acné sur le visage. C'est comme le SARM. Donc ça va commencer à se propager, et ça peut partir de ces disques pour enflammer la couverture et ensuite, peut-être, toucher quelques racines nerveuses.

La fibrose épидurale est un vieux diagnostic. En d'autres termes, l'inflammation peut monter dans l'espace épидural et, si elle reste assez longtemps dans les racines de la queue de cheval, c'est là que vous pouvez développer une Arachnoïdite Adhésive. C'est mon objectif premier de faire savoir aux gens, qu'il est primordial d'avoir un diagnostic au niveau du disque ou de la queue de cheval, plutôt que d'attendre d'avoir une Arachnoïdite Adhésive, car c'est une maladie horrible. Ce n'est que souffrance, et des morts précoces, et c'est vraiment terrible.

Nous faisons des progrès, mais je pense que ce qui est nouveau, et qui est un peu choquant, c'est que ces problèmes de colonne vertébrale dégénérative sont devenus communs maintenant, et il y a beaucoup de raisons à cela.

Nous ne savons pas pourquoi nous voyons tout le temps des gens qui ont des hernies discales. Nous connaissons les modes de vie sédentaires, nous connaissons l'obésité, le manque d'exercice, les régimes désastreux ; mais nous avons littéralement des milliers de personnes qui, tout à coup viennent soudainement se présenter avec ces disques qui font saillie, et nous ne savons vraiment pas pourquoi.

Autre chose que je veux dire d'emblée est qu'il y a un grand malentendu. Dans la profession médicale, y compris ceux d'entre nous qui sont dans la gestion de la douleur et la chirurgie, il y a beaucoup de discussions sur la chirurgie inutile et des péridurales inutiles. D'un autre côté, qu'est-ce qu'ils veulent que nous fassions, vous le savez ?

Nous devons faire quelque chose. Et je sais que ce n'est pas une déclaration facile à faire, mais les infiltrations épidurales de corticostéroïdes dans l'espace épidural ont probablement empêché plus d'Arachnoïdite qu'elles n'en ont causées. C'est l'un des risques potentiels, mais cela ne signifie pas qu'il faut s'en méfier. J'aime bien le préciser, car les corticostéroïdes sont un composé absolument essentiel dans ces conditions inflammatoires de la colonne vertébrale.

La raison est que la plupart des médecins n'en ont aucune idée... et que pour traiter ces problèmes il faut prendre des agents qui traversent la barrière hémato-encéphalique et pénètrent dans le liquide céphalo-rachidien.

Ce résumé est assez simple. Nous n'avons pas beaucoup de médicaments qui en sont capables. J'entends beaucoup de plaintes à propos des soins médicaux, mais quand j'y regarde de plus près, je ne vois pas de négligence, à part quelques cas de faute professionnelle. Les médecins n'étant pas à blâmer. Ils ont fait ce qui était indiqué, et donc ces problèmes sont en train d'être résolus.

Dr. Koneru :

Vous soulevez un point vraiment important. Lorsque mon père a été initialement diagnostiqué, il y avait plusieurs médecins qu'il avait vus, qui lui ont simplement dit de prendre des opioïdes et de rentrer chez lui. Je pense qu'il y a une déconnexion quand les gens entendent le mot inflammation de la colonne vertébrale et vraiment, la neuro-inflammation qui est très différente. La gestion de la neuro-inflammation est très différente de celle de l'inflammation typique.

Je pense que c'est la clé et vous avez identifié un protocole impliquant plusieurs médicaments différents pour gérer ça efficacement, alors peut-être qu'on peut commencer à en parler.

Dr. Tennant :

J'aimerais beaucoup parce que les médecins... laissez-moi vous dire une chose qui a été une sorte d'indice à ce sujet.

La plupart des médecins se souviennent qu'il y a des années, on a mis le Toradol sur le marché et qu'il était principalement utilisé dans les salles d'urgence, ou par des médecins qui traitaient les douleurs aiguës dans leur cabinet. Le Toradol a très bien fonctionné, mais personne n'a pris la peine de se poser la question pourquoi, maintenant nous savons pourquoi. Il traverse la barrière hémato-encéphalique et se retrouve dans le liquide céphalo-rachidien à de fortes concentrations. C'est donc un merveilleux médicament pour calmer l'inflammation du liquide céphalo-rachidien, ou l'inflammation à l'intérieur du canal rachidien, c'est techniquement plus correct. Malheureusement, c'est un composé que vous ne pouvez pas prendre tous les jours, parce que c'est toxique, mais c'est très puissant. Il est intéressant de noter qu'il y a environ 13 corticostéroïdes commerciaux sur le marché. Mais seulement deux d'entre eux traversent la barrière hémato-encéphalique et passent dans le liquide céphalo-rachidien en très forte concentration.

Et c'est la dexaméthasone, qui est beaucoup utilisée pour le Covid. Et l'autre c'est la méthylprednisolone. Ce sont aussi ceux qui ont bien fonctionné pour nous dans les infiltrations épidurales.

La prednisone fonctionne assez bien de temps en temps, mais les autres ne font pas grand-chose. Ce que je veux dire, c'est que ces médicaments qui pénètrent le liquide céphalo-rachidien et agissent sur une maladie comme l'Arachnoïdite doivent être administrés par un médecin qui sait ce qu'il fait et qui comprend les dosages. Et le patient doit être conscient des risques, et savoir son rapport risque/bénéfice. Mais d'un autre côté, si vous ne faites rien avec ces médicaments... C'est certainement dommage.

Permettez-moi de dire une autre chose, et c'est une chose importante qui est sortie de là, certains des anciens anti-inflammatoires à base de plantes fonctionnent très bien. Je veux dire que le bon vieux curcuma ou la curcumine devraient être pris par tout le monde. C'est un merveilleux médicament anti-neuro-inflammatoire. Certains des anciens médicaments comme le boswellia, et certains des agents homéopathiques. Il y en a un, appelé serrapetase et l'andrographis. Ce sont des herbes, qui pour une raison ou une autre, traversent la barrière hémato-encéphalique et pénètrent dans le liquide céphalo-rachidien mieux que la plupart des médicaments prescrits.

Parmi tous les anti-inflammatoires disponibles sur le marché, seuls trois sont très utilisés. L'un d'eux est le vieux médicament Indométhacine. D'une manière ou d'une autre, il aime se retrouver dans le liquide céphalo-rachidien. Et le Diclofenac, l'un des nouveaux qui le fait aussi, et beaucoup de patients rapportent que le Meloxicam semble aider. Mais ce sont les seuls agents anti-inflammatoires standards qui font beaucoup. Les standards Motrins, Naprosyn, etc. ne pénètrent pas assez dans le liquide céphalo-rachidien pour aider la neuro-inflammation ; c'est donc notre programme. Il n'est pas long, mais nous en avons assez pour que les gens puissent commencer à obtenir de l'aide.

20:25

Dr. Tennant :

Laissez-moi dire une dernière chose sur l'autre médicament dont il faut vraiment parler, c'est le naltrexone. Il est utilisé pour beaucoup de choses, mais nous ne comprenons pas vraiment comment il fonctionne. J'étais l'un des premiers chercheurs à utiliser le naltrexone pour la dépendance à l'héroïne, puis plus tard pour l'obésité et l'alcoolisme. Il a beaucoup

d'effets multiples, et je le considère comme l'un des traitements de première ligne pour l'Arachnoïdite. Sur un nouveau cas, vous pouvez certainement essayer la naltrexone, et du toradol à faible dose, de la méthylprednisolone, ou quelque chose comme ça avant de passer aux opioïdes. Vous commencez par des choses plus sûres et plus simples. Malheureusement, les cas très sévères vont devoir passer aux opioïdes, aux pompes intrathécales, et aux stimulateurs médullaires. Nous allons avoir ça aussi, mais dans les nouveaux cas, vous allez vers des choses plus sûres, et plus faciles, qui semblent fonctionner.

Dr. Agarwal :

Dr. Tennant, j'aime ce plan analgésique multimodal que vous avez mis au point pour l'Arachnoïdite. Bobby et moi sommes de grands partisans de l'utilisation du curcuma comme anti inflammatoire dans nos vies, et je le recommande à tous mes patients, mais vous avez soulevé un point intéressant, que je ne savais pas, le curcuma traverse aussi la barrière hémato-encéphalique.

Dr. Tennant :

Oui.

Dr. Agarwal :

Ok. C'est donc un autre excellent médicament à ajouter à l'arsenal. Je lisais votre polycopié plus tôt. Vous avez également mentionné le « velours de bois de cerf ». Comment cela fonctionne-t-il dans ce traitement ?

Dr. Tennant :

Je suis heureux que vous posiez la question. Il y a deux ans, je n'avais jamais entendu parler du « velours des bois de cerf » et je pensais que c'était une blague. Quand on m'a dit que quelqu'un prenait ça comme médicament, j'ai dit, « C'est une blague ! »

Quoi qu'il en soit, il y a deux composés qui sont intéressants. L'un est le colostrum, et l'autre c'est un velours de bois de cerf. Le colostrum est sécrété par les femmes, ou les animaux, juste dans les heures qui suivent la naissance. Mais le colostrum contient toutes sortes d'hormones : l'hormone de croissance humaine, gonadotrophine chorionique, facteur de croissance de l'insuline, et facteur de croissance épidermique. En d'autres termes, si vous considérez toutes les hormones dans le colostrum, et c'est la même chose avec le « velours des bois de cerf », vous avez toutes ces hormones qui sont des hormones de croissance. Elles sont bon marché, elles sont simples, et sont sûres. Il devient terriblement difficile et terriblement coûteux d'essayer de donner à quelqu'un l'hormone de croissance et de la gonadotrophine chorionique humaine.

Il y a apparemment des cerfs, la plupart en Australie et en Nouvelle-Zélande, appelés cerfs rouges, dont les bois ont à l'intérieur cette substance veloutée qui est essentiellement leur hypophyse, et elle peut être extraite.

Il y a des milliers d'années, le « velours des bois de cerfs » était connu comme le médicament du roi et de la reine, parce qu'il n'était disponible que pour la hiérarchie de la

société. Si vous ne savez pas trop quoi faire pour ces personnes, vous ne pouvez pas faire de mal en leur disant de prendre ces simples, et peu coûteux produits hormonaux. J'aime qu'ils essaient ça avant de passer à la gonadotrophine chorionique, la testostérone ou l'estradiol. J'aime ces produits bon marché qui contiennent beaucoup d'hormones. Fonctionnent-ils vraiment et tiendraient-ils la route dans une étude en double aveugle ? Je ne suis pas sûr, mais néanmoins j'aime la théorie. Elle est plutôt bonne.

Dr. Agarwal :

Ok, super. C'est vraiment une bonne chose à savoir.

Dr. Koneru :

J'ai également lu votre manuel, et pour les patients qui ont été diagnostiqués d'une Arachnoïdite Adhésive, ou si un membre de votre famille en est atteint, je vous recommande vivement de télécharger le manuel du Dr. Tennant. Vous pouvez l'obtenir en ligne si vous faites une recherche sur Google. Il se trouve très facilement, et il vient de la Fondation Tennant. C'est très utile, et l'essentiel de ce manuel, est qu'il simplifie vraiment quelque chose de très compliquée.

Une des choses que vous dites dedans est que la meilleure façon de traiter, et d'avoir le meilleur résultat, est de le détecter tôt pour commencer à le traiter tôt. Vous avez mentionné qu'il y a l'approche à plusieurs volets pour traiter l'AA. Vous avez parlé un peu des agents anti-inflammatoires comme la naltrexone, la méthylprednisolone et la dexaméthasone. Vous avez aussi parlé des anti-inflammatoires en vente libre, comme la curcumine. Les suivants sont les agents neuro-régénératifs. Pouvez-vous en parler un peu ?

Dr. Tennant :

C'est là que les hormones entrent en jeu. Je crois vraiment en ce que j'appelle un programme anabolisant neuro-régénératif, et pas seulement des médicaments. Mais ces personnes ont besoin d'un régime riche en protéines et en légumes, anti-inflammatoires. Certaines vitamines sont régénératrices : vitamine C, B12, thréonate de magnésium ; je crois donc en ces éléments pour la régénération neuronale.

Je n'ai pas trop approfondi le sujet, mais je crois que si vous essayez de vous soigner, vous allez devoir probablement prendre une des choses qui est en rapport, ou un des composants appelés neuro-stéroïdes. Voici un autre nouveau concept. La moelle épinière et le cerveau lui-même, produit environ quatre ou cinq éléments, des hormones si vous préférez, ils sont maintenant appelés neuro-stéroïdes, et le bon Dieu les a mis là, dans le seul but de guérir le tissu neural. Je vais vous les énumérer : prégnénolone, allopregnanolone, progestérone, œstradiol et DHEA (déhydroépiandrostérone). Je ne sais pas si la moelle épinière produit sa propre testostérone, mais l'estradiol et la DHEA se transforment en testostérone. Pour l'instant, ça fait partie de mes recherches. Je sais que nous devons utiliser ces éléments, mais je n'ai pas encore de recommandations fermes. J'espère revenir dans six mois ou un an et vous les donner.

Je vais vous donner deux ou trois choses simples. Je suis dans le milieu médical depuis assez longtemps pour savoir qu'il y a des années, pratiquement toutes les femmes ménopausées

prenaient une dose d'estradiol au cabinet médical une ou deux fois par mois ; et je pense que nous avons remarqué moins de douleur, et peut-être qu'il y avait une raison à cela. Il est certain que les rhumatologues qui traitent le lupus ont trouvé que la DHEA, à un dosage de 200 milligrammes par jour, est fort thérapeutique. Beaucoup de rhumatologues mettent chaque patient atteint de lupus à 200 milligrammes de DHEA, et il y a une très bonne raison à cela. La DHEA se transforme en estradiol et testostérone, et peut-être quelques autres hormones qui guérissent à l'intérieur de la colonne vertébrale.

Nous faisons autre chose dans la recherche, et je vais l'évoquer. S'ils développent une Arachnoïdite Adhésive, et que la douleur est si terrible qu'ils sont handicapés, même si vous implantez une pompe à opioïdes ou un stimulateur médullaire, ils auront besoin de plus. Nous savons que les médecins sont réticents à deux hormones, et je ne leur en tiens pas rigueur, car cela demande du temps et des études. L'une est la gonadotrophine chorionique humaine (HCG), et l'autre les stéroïdes anabolisants : la nandrolone et l'oxandrolone.

Permettez-moi de dire deux ou trois choses sur ces deux hormones. La gonadotrophine chorionique humaine augmente quand une femme est enceinte, c'est d'ailleurs un test de grossesse. Pourquoi est-ce qu'elle augmente ?

La gonadotrophine chorionique humaine a deux ailes, deux chaînes d'acides aminés. L'une contient les hormones identiques : l'hormone lutéinisante, l'hormone folliculo-stimulante et l'hormone thyroïdienne.

Croyez-le ou non, toutes ces pro-hormones sont une aile de l'HCG. L'autre aile est l'hormone qu'une femme enceinte utilise pour développer le cerveau, le système nerveux et la peau de l'embryon.

Les patients atteints d'Arachnoïdite Adhésive qui ont trouvé une guérison, ou presque, ont presque tous pris de l'HCG. Le HCG est controversé. On en a abusé, on l'a utilisé pour le poids et pour le sport, et maintenant il est assez cher. Vous pouvez l'obtenir sous le nom commercial de Pregnyl, mais néanmoins, cela ça a un intérêt. Les stéroïdes anabolisants font croître les tissus. Encore une fois, c'est un mauvais terme, parce qu'on en abusait dans le sport, donc le mot « stéroïde anabolisant » fait penser à tout le monde que la femme va commencer à voir sa barbe pousser, ou l'homme va avoir un cancer des testicules ; et ils ont une peur bleue des stéroïdes anabolisants.

30:31

L'indication de la FDA pour les stéroïdes anabolisants est « maladie dégénérative ou détérioration catabolique ». Au moment où vous avez une Arachnoïdite Adhésive, vous êtes dans un état catabolique. Vous êtes en train de mourir lentement, et vos tissus disparaissent. Cette maladie vous envahit. On utilise de la nandrolone, et c'est l'indication de la FDA pour ce genre de maladie, mais ça n'a presque jamais été utilisé. Nous n'avons pas fait d'études en double aveugle mais nous recevons vraiment de bons rapports ouverts à l'utilisation de ce produit. Je connais un médecin qui a environ 30 patients atteints d'Arachnoïdite Adhésive, et il les a tous mis sous nandrolone 25 milligrammes, deux fois par jour. Je suis allé voir et interroger certains de ces patients et ils vont vraiment bien. Je suis un peu interpellé, en fait, à quel point ils vont bien. N'importe quelle pharmacie peut en fabriquer, et c'est relativement peu coûteux.

L'essentiel à savoir est que je ne veux pas en être un missionnaire, mais je veux attirer l'attention dessus ; apporter une nouvelle dimension à la pratique médicale, différente, et qui est un peu inquiétante. Vous vous demanderez « est-ce que c'est possible ? » mais nous avons des maladies pour lesquelles nous n'avons rien d'autre. C'est nouveau, et je pense que beaucoup de médecins vont devoir mettre le pied dans l'eau et tenter le coup.

Dr. Koneru :

En dehors de la gestion de l'inflammation, dont nous avons parlé, l'autre étape est d'obtenir des médicaments qui augmentent la régénération neurologique, ce dont nous venons de parler également.

L'autre chose qui se produit, comme vous l'avez dit, c'est que le liquide céphalo-rachidien peut se bloquer ; il peut y avoir un blocage quand on a une Arachnoïdite. Que recommandez-vous ici ?

Dr. Tennant :

Je suis heureux que vous posiez la question. J'ai trouvé un autre nouveau terme que personne ne m'a encore reproché.

Je l'appelle « exercices de circulation du fluide spinal » parce que ce qui se passe vraiment dans la partie inférieure du canal rachidien, c'est que, lorsque vous avez une Arachnoïdite Adhésive, c'est vraiment une tumeur. C'est une masse de racines nerveuses qui se recouvrent ensemble. Je dois avouer que je n'ai jamais pris la peine de le découvrir jusqu'à il y a quelques années, quand j'ai commencé à l'étudier. Je n'avais pas réalisé que le liquide céphalo-rachidien se régénère environ quatre fois par jour. Chacun d'entre nous, humain, fabriquons un nouveau liquide céphalo-rachidien toutes les 4 à 6 heures. Donc, cela doit signifier que c'est assez précieux. Le sang ne se renouvelle que tous les trois ou quatre mois, tout comme la lymphe ; mais le liquide céphalo-rachidien se renouvelle toutes les quelques heures. Il a des fonctions physiologiques de nettoyage, de lubrification, et d'inflammation que nous ne comprenons même pas. Il a rarement été étudié, mais nous savons une chose, quand vous avez cette masse de racines nerveuses dans le canal rachidien, c'est comme mettre des rondins, ou un barrage sur un ruisseau. Ça va faire remonter le fluide ou le perturber.

Par ailleurs, certains ingénieurs médicaux ont étudié ce phénomène, et ont montré que le gradient de flux est modifié avec l'Arachnoïdite. Pourquoi quelqu'un s'est-il donné la peine de faire cette étude, je ne sais pas, mais je suis content qu'il l'ait fait. Que faire à ce sujet ? Je crois beaucoup aux exercices. Il y a des choses simples, par exemple : Je suis un grand partisan de la marche sur un trampoline, de se balancer sur une balançoire, ou de se balancer dans un rocking-chair.

Vous pourriez savoir qui était le Dr. Janet Travell, il était psychiatre..., et son père l'était aussi. Elle était le médecin qui a pris en charge John F. Kennedy quand il était prêt à se suicider, après avoir échoué à toutes les opérations, qu'il ne pouvait plus marcher, et qu'il allait abandonner son siège au Sénat. Une des premières choses qu'elle a faites, a été de le faire se balancer dans un rocking-chair environ quatre fois par jour, et elle a même apporté un rocking-chair dans le Bureau de la Maison Blanche et a dit, « vous allez vous balancer plusieurs fois par jour ».

Je ne sais pas si elle savait comment ça marchait, mais apparemment ça augmentait les mouvements de bascule.

Tous ces gens que j'avais l'habitude de voir marcher en bas de mon immeuble en balançant leurs bras savaient ce qu'ils faisaient. Balancer les bras en marchant se fait depuis des siècles, et apparemment ça fait bouger le liquide céphalo-rachidien. La chose importante à savoir sur le liquide céphalo-rachidien est qu'il n'y a pas de pompe. Le liquide céphalo-rachidien est fabriqué dans le cerveau, il descend, et doit faire demi-tour et remonter ; il s'écoule donc contre la gravité pendant une partie du temps. Comment fait-il ça ? Il y a un débat sur ce qu'il fait, mais certains de ces remèdes démodés ont apparemment du mérite. Je crois beaucoup aux gens qui marchent sur un trampoline, respirent profondément. Respirer, se balancer les bras, se balancer sur une balançoire ou un fauteuil à bascule. Ce sont des choses simples. Je pense aussi que tout le monde doit faire des étirements.

Une autre chose à propos de l'Arachnoïdite Adhésive, qui est tout bonnement épouvantable, est qu'elle porte mal son nom.

Elle devrait s'appeler "Arachnoïdite Durale", et certains vieux pathologistes des années 1920 l'appelaient ainsi. Ils ont reconnu que ce n'était pas seulement la couche arachnoïde, c'était aussi la couche durale, de sorte que le liquide céphalo-rachidien s'infiltrait à travers elle dans l'espace épidual, puis dans les tissus. Si vous voyez quelqu'un avec un terrible mal de dos, il peut avoir des « fuites ou un suintement » du fluide dans les tissus, et ce fluide spinal est toxique. Il n'est pas censé sortir, donc ils ont beaucoup de problèmes pour faire de l'exercice.

Soit-dit en passant, je crois beaucoup en d'autres choses comme les bains, et j'aime les bons vieux aimants et le cuivre. Je pense toujours que ces vieux remèdes font du bien, et je pense que les gens devraient les essayer. Il y a des gens qui aiment les aimants et qui se les passent sur la colonne vertébrale.

Il y a des gens qui aiment mettre un corset avec des aimants, ou dormir sur un matelas avec des aimants. Ce sont de vieux remèdes peu coûteux qu'il faut essayer. Les gens qui vivaient il y a mille ans n'étaient pas aussi ignorants que nous le pensions. Ils ont inventé des choses qui fonctionnent encore, et tant mieux. Bien sûr, aujourd'hui, une des choses qui est venue avec, a été l'utilisation de thérapies électromagnétiques, et j'en suis un grand adepte.

L'énergie électromagnétique pulsée est vraiment quelque chose que j'aimerais voir accessible à tout le monde.

Il y a beaucoup de nouvelles choses qui existent. En fin de compte, sur n'importe quel patient donné, je ne peux pas vous dire exactement ce qui va marcher, vous devez juste construire un programme sur mesure. C'est encore une maladie rare.

Nous n'avons pas d'études contrôlées et personne ne va mettre de l'argent pour les faire à ce stade.

Mais je prédis qu'un de ces jours, nous aurons des produits biologiques pour l'AA. Nous en aurons de très bons mais pour l'instant, il faut juste essayer tout ce qu'on peut.

Dr. Koneru :

Quand on parle de neuro-inflammation, il s'agit d'un spectre de maladies, comme nous l'avons mentionné.

L'Arachnoïdite Adhésive étant à la limite de ce spectre car étant la plus sévère. Mais, même parmi les Arachnoïdites Adhésives, il y a différents cas dans lequel vous avez les plus légers, et d'autres plus sévères, en fonction du moment où elle a débuté, et de sa gravité au moment du diagnostic. Êtes-vous d'accord avec ça ?

Dr. Tennant :

Oui. Comme pour la plupart des maladies, je les classe en trois catégories : légère, modérée, grave et catastrophique.

Nous avons beaucoup de personnes dans la société qui n'ont pas eu de traitement. Ils sont entrés dans la catégorie des maladies graves ou catastrophiques. Ces personnes ont tellement de cicatrices, tellement de tissus endommagés que nos agents inflammatoires ne vont pas faire beaucoup de bien. Ces personnes vont avoir besoin d'une gestion de la douleur intense. Donc, je ne veux pas que quelqu'un ici pense que nous en avons fini avec les pompes intrathécales pour l'administration d'opioïdes, et nous n'en avons pas fini avec les stimulateurs médullaires. Nous avons besoin de ces ressources pour beaucoup de ces personnes. Nous avons besoin de tout ce que nous avons pour ces cas. Évidemment, je pense que nous voyons beaucoup moins de gens qu'il y a 5 ou 6 ans. Il y a 5-6 ans, quand j'ai commencé à lire les IRM, il n'y avait que d'horribles, de terribles cicatrices, et vous vous demandiez comment ils pouvaient même marcher encore, et beaucoup d'entre eux ne le pouvaient plus d'ailleurs. Aujourd'hui, franchement, je ne vois plus vraiment ça. Peut-être que je suis juste optimiste et positif, mais je pense que nous voyons ces patients aller mieux. Maintenant, ils peuvent être traités avec plusieurs choses comme de la Gabapentine ou du Motrin pour ce que j'en sais, et ils obtiennent des résultats. Je ne pense pas que ces personnes soient encore ignorées dans la pratique médicale.

Ils ont un traitement, et les groupes de réseaux sociaux répandent tout cela chaque jour et ça a été d'une grande aide. Comme je l'ai dit, tout le monde peut aller au magasin de vitamines et se procurer des produits. Tout le monde peut obtenir quelque chose et je pense qu'ils le font, et ça a été génial à voir.

40:28

Dr. Koneru :

Dans les groupes légers à modérés, avez-vous vu des inversions, et ce que nous appelons des rémissions, où ils arrêtent certains de ces médicaments contre la douleur ?

Dr. Tennant :

Oui. J'aime à penser que cela a beaucoup à voir avec mon traitement, et c'est le cas de tous les médecins. J'ai des patients qui sont fondamentalement guéris, et qui ne prennent pas d'opioïdes. Ils ne prennent quasiment rien d'autre. Certains ont pris des traitements étranges. La plupart d'entre eux ont pris de l'HCG à un moment donné. Nous avons maintenant des gens qui semblent avoir littéralement inversé leur condition.

Ce qui est intéressant, c'est que lorsque vous regardez l'IRM, les racines nerveuses semblent encore être vivantes, alors ce que je pense qu'il peut se passer, c'est que certaines de ces racines nerveuses peuvent se développer autour de la cicatrice et leur redonner leur fonction normale.

Je pense que le plus important dans tout ça, c'est que tout le monde doit avoir de l'espoir. Ce n'est pas une maladie sans espoir, et nous pouvons faire quelque chose pour tout le monde. Nous pouvons obtenir un certain soulagement et une certaine guérison pour tout le monde. Cela peut nécessiter des traitements assez lourds. Certains traitements que vous n'aimez pas, et des risques que vous ne voulez pas prendre, mais néanmoins, nous pouvons obtenir quelque chose pour tout le monde, quelle que soit leur gravité.

Dr. Agarwal :

C'est très important de le souligner. Il y a quelque chose pour tout le monde, surtout pour quelqu'un comme moi qui travaille avec beaucoup de patients souffrant de douleurs chroniques...

Dr. Tennant interrompt :

Vous avez probablement le pire ici...

Dr. Agarwal continue :

...ne pas avoir cet espoir peut vraiment mener à beaucoup d'anxiété mentale. Si quelqu'un a déjà connu la douleur chronique, je suis sûr qu'il peut comprendre cela.

Une chose que je voulais vous demander, étant donné que vous avez trouvé un bon cocktail, une sorte de thérapie à essayer pour lutter contre l'Arachnoïdite, pensez-vous que certaines sont transposables aux patients qui souffrent de lombalgies rebelles ? Un problème si commun auquel la plupart de la population est confrontée, même comme la thérapie électromagnétique. J'aimerais savoir ce que vous pensez ?

Dr. Tennant :

La réponse est « oui ». Je pense qu'aujourd'hui il y a tellement de patients souffrant du dos, que je ne sais pas combien de médecins voudraient ou pourraient le faire. Je pense que probablement tous ceux qui ont une lombalgie chronique devraient probablement faire un dosage d'un panel inflammatoire simple d'acétate, CRP, et des globules blancs. Et, s'ils peuvent l'obtenir, une IRM avec contraste serait certainement la bienvenue, si c'est financièrement possible.

Je pensais que c'était juste une Arachnoïdite Adhésive, mais j'en suis venu à la conclusion que, s'il y a une inflammation dans les racines nerveuses de la queue de cheval, il y aura des symptômes spécifiques. Si une personne ne peut pas passer d'IRM, vous pouvez au moins commencer un traitement. Plutôt que de parler de lombalgie chronique, on peut au moins commencer à traiter le patient.

Quand il y a une inflammation des racines de la queue de cheval, avant même qu'elle n'atteigne l'AA, ces personnes ont des symptômes typiques. Presque tous se plaignent de pieds brûlants, ou qu'ils brûlent quelque part. La sensation de brûlure semble donc être commune. La deuxième chose, c'est qu'elles se plaignent tous de l'eau qui coule sur les jambes, ou une sensation d'insectes le long des jambes.

La troisième chose, c'est qu'elles ont un trouble de la vessie. Cela peut aller de l'hésitation à l'écoulement goutte à goutte jusqu'à ce qu'ils ne puissent rien maîtriser. Je ne le savais pas, mais j'ai vérifié, il y a 21... connexions nerveuses de la queue de cheval à la vessie. Donc il ne faut pas beaucoup d'inflammation ici pour affecter la vessie. Si elles ont un petit problème de vessie, même si c'est mineur, et des brûlures dans les jambes, ainsi qu'une sensation d'eau ou d'insectes, vous pouvez parier qu'il y a une inflammation dans le canal rachidien.

Vous pourriez certainement justifier quelques traitements anti-inflammatoires simples pour démarrer. Mais, encore une fois, c'est cher et ça prend du temps. Aujourd'hui, quiconque ayant un mal de dos chronique, et ayant besoin de médicaments tous les jours n'arrivent pas à aller chez leur chiropracteur, chez leur kinésithérapeute, et ils se retrouvent dans votre cabinet ou le mien. Ce serait bien d'avoir des IRM pour chacun d'entre eux.

Dr. Agarwal :

L'autre chose que je voulais vous demander concerne la recommandation du régime hyperprotéiné, et le fait qu'il serve d'anti-inflammatoire. Vous savez que nous faisons beaucoup d'émissions ici pour discuter de sujets comme le régime, et ce qui est considéré comme anti-inflammatoire pour le corps. Jusqu'à présent, je ne pense pas que le régime hyperprotéiné va gagner dans cette catégorie, du moins dans la littérature la plus récente. Alors quel est votre avis sur la question ? Je suis juste curieux, tant d'un point de vue professionnel que personnel.

Dr. Tennant :

Je suis ravi que vous me demandiez. Je veux dire que lorsque je parle de régime hyperprotéiné, il s'agit d'une question de pratique. Les régimes sans gluten, le régime Wahls, et je pourrais vous en donner un autre, et je suis sûr que c'est celui dont vous parlez. Il y a un bien meilleur régime que le simple régime hyperprotéiné. Ce que j'ai découvert, et c'est triste à dire, et j'ai vu beaucoup d'histoires de régime – que ces personnes n'ont pas mangé un œuf. Ils n'ont pas mangé un morceau de poulet, ou un poisson, ou quoi que ce soit d'autre depuis des jours. Parfois, on dirait presque qu'ils ont un régime purement sucré. Donc quand je dis un régime hyperprotéiné, ce que je veux vraiment dire c'est, ça vous dérangerait de manger un morceau de poulet ou un œuf ou un morceau de poisson chaque jour ? Je devrais vraiment appeler cela « manger une protéine par jour ». Ce n'est pas ce que vous voulez. Je sais où vous voulez en venir, et je suis d'accord avec vous. J'ai juste trouvé que d'un point de vue pratique, les gens en Amérique ont une mauvaise alimentation. Je veux juste dire les choses telles qu'elles sont. Je n'arrive pas faire en sorte que les gens suivent un bon régime.

Dr. Agarwal :

J'en prends note. En gros, vous dites que, plus vous vous éloignez du régime américain standard, mieux c'est. Je pense que les gens ont un mauvais QI nutritionnel, et je comprends donc ce que vous dites.

Vous essayez simplement de conseiller aux gens une alimentation équilibrée.

Dr. Tennant :

Tout le monde achète du fast-food, surtout avec le Covid. Donc le régime alimentaire s'est probablement aggravé l'année dernière. Vous devez prendre des protéines, parce que tous vos neurotransmetteurs impliqués dans la guérison viennent d'un acide aminé.

Qu'il s'agisse de dopamine, de sérotonine ou d'endorphine, tous... Tout est basé sur les protéines. J'ai essayé de leur faire manger des protéines, mais maintenant que vous en parlez, je n'ai pas eu beaucoup de succès. Donc si vous avez une meilleure idée, faites-le moi savoir.

Laissez-moi vous dire autre chose, je déteste aborder ce sujet, mais à chaque fois que j'envoie quelqu'un chez un nutritionniste, on lui donne un régime complexe et agréable qu'il ne suit pas. Donc, nous avons besoin d'un régime simple, qui va être utile, alors je suis tout ouïe. J'ai été un peu découragé d'essayer d'enseigner aux gens les régimes, je vais être honnête à ce sujet.

Dr. Agarwal :

Je pense que c'est un véritable défi, surtout parce que le régime alimentaire américain standard a évolué. Nous avons beaucoup de travail à faire maintenant pour surmonter certaines de nos idées reçues. Les changements sont donc lents. Nous espérons que les gens tireront de bonnes informations de cette émission.

48:25

Dr. Tennant :

J'ai reçu une lettre hier, une personne qui m'a écrit pour me dire qu'elle suivait le régime Wahls, avec notre protocole, qu'elle avait supprimé presque tous les médicaments, et qu'elle ne souffrait que certains jours. Elle a presque atteint le statut de guérison, et suivait vraiment un régime très strict à faible teneur en glucides.

Elle le fait vraiment de la bonne façon. J'aimerais qu'elle l'enseigne à tout le monde. Je pense qu'on a beaucoup de travail à faire sur les régimes, et que ça peut être utile. Peut-être que nous ne faisons pas assez d'efforts dans ce domaine.

Dr. Koneru :

Un des symptômes que j'entends beaucoup quand je vais sur réseaux sociaux, et que je lis dans certains de ces groupes, c'est qu'ils ont du mal à dormir. Avec tous ces protocoles, et régimes de médicaments que les personnes atteintes de neuro-inflammation prennent, et qui ont un impact sur leur sommeil. Quelles recommandations avez-vous ?

Dr. Tennant :

S'ils ont une douleur constante, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, ils vont avoir besoin d'une médication. Nous aimerions pouvoir être capable de donner à tout le monde 10 ou 20 mg de mélatonine, et quelques racines de valériane, ou de tryptophanes et espérer qu'ils dorment. J'ai peur que nous, médecins, ayons des cas difficiles, et que ces personnes aient besoin de somnifères. Je suis toujours étonné par le panel de ceux qui semblent fonctionner. De nos jours, beaucoup de patients prennent les anciens médicaments tels que l'amitriptyline, la nortriptyline ou du trazodone. En plus, ils prennent les plus récents : les Ambiens, les Lunestas, les benzodiazépines, sont toujours là. Je pense qu'un grand nombre de ces personnes, au moment où elles ont l'Arachnoïdite Adhésive, devront probablement avoir un sommeil médicamenteux assisté.

Dr. Koneru :

Oui, c'est tout à fait logique. D'après votre expérience, lorsque les patients prennent des médicaments comme le naltrexone, y a-t-il une limite de temps pour le prendre ou est-ce que le naltrexone est un médicament sûr ?

Dr. Tennant :

Il semble assez sûr. Mais vous savez, à chaque fois que nous avançons cela, les médicaments deviennent versatiles. Après deux ans de longévité, vous voyez les complications arriver. On me demande tout le temps, « Combien de temps vais-je avoir besoin de prendre ces médicaments ? ». Laissez-moi répondre à cette question, si un patient arrive à ce que la douleur disparaisse, ou qu'elle évolue, je pense qu'elle devrait réduire son traitement. Je déteste voir arrêter quelque chose comme la curcumine, le « bois de cerf » ou d'autres produits naturels, qui sont une sorte de police d'assurance. S'ils arrivent à faire baisser la douleur, je ne vois pas de raison pour qu'ils continuent à prendre des corticoïdes et beaucoup d'autres médicaments. Vous voulez essayer de les arrêter.

Je ne veux pas dire aux patients que je pense que c'est définitif. Mon discours aux patients est que nous faisons des progrès avec l'inflammation du canal rachidien, alors... Donc, ne parlons pas en termes d'une proposition à vie.

Laissez-moi vous dire sur quoi je me base pour dire ça, comme je l'ai dit, je suis un vieil interniste. Je me souviens de l'époque où, pour la polyarthrite rhumatoïde, nous avions l'habitude de leur donner leur dose. On utilisait tous ces vieux et terribles médicaments pour la polyarthrite rhumatoïde, et maintenant nous avons ces nouveaux produits biologiques. D'une certaine manière, nous avons des exemples à long terme sur des cas de polyarthrite rhumatoïde, que l'on peut comparer au canal rachidien. Ils vont entrer en rémission. Et il va y avoir des rechutes, mais je ne pense pas que nous devrions dire à ces personnes qu'ils ont besoin de continuer à prendre des cachets toute leur vie, alors qu'on essaie de les guérir. Vous pouvez toujours reprendre un médicament.

Quoi qu'il en soit, voilà où j'en suis. Je pense qu'on a de plus en plus de patients comme ça. Les gens se manifestent. Qu'il s'agisse de l'une de ces malheureuses femmes qui semble développer une AA, ou une condition similaire après une péridurale utilisée lors de

l'accouchement, après une chirurgie, ou même un traumatisme, et ainsi de suite. Nous recevons beaucoup de ces personnes à un stade précoce maintenant, et elles obtiennent un assez bon résultat. Je ne voudrais pas qu'on leur dise de continuer tous ces médicaments à vie. Je pense que nous voulons essayer de dire non aux gens. C'est pourquoi nous parlons d'espoir. Nous cherchons des remèdes, et nous espérons pouvoir y arriver.

Dr. Koneru :

Nous voulons respecter votre temps car nous pourrions continuer à parler de cette maladie complexe pendant des heures. Mais avec tout le respect que je vous dois, je veux juste résumer très rapidement ce dont nous avons parlé. Ces maladies neuro-inflammatoires ont un large panel de gravité, d'une simple inflammation légère, jusqu'à l'Arachnoïdite Adhésive. La meilleure façon de les gérer est de les détecter tôt. Une fois que vous les avez détectées, il y a une approche à plusieurs volets. Numéro un, vous devez gérer la neuro-inflammation en prenant des agents neuro-inflammatoires tels que les stéroïdes. Il faut faciliter l'écoulement du LCR (liquide céphalo-rachidien) car il peut être bloqué. Vous avez ensuite parlé d'exercices, d'étirements et même d'une chaise à bascule qui peut être efficace. Vous avez parlé de la neuro-régénération, car certains de ces nerfs peuvent être endommagés. Vous avez parlé des hormones, certaines prises d'hormones peuvent y contribuer. Puis, nous avons brièvement parlé du fait de la capacité de certains à gérer efficacement la douleur. Nous n'avons pas vraiment parlé des médicaments spécifiques, mais je sais qu'il y en a plusieurs, comme la gabapentine et les opioïdes quand elles deviennent vraiment sévères. Y a-t-il quelque chose qui m'échappe ? Y a-t-il autre chose dont vous voudriez parler avant de nous quitter ?

Dr. Tennant :

Non. Vous avez plutôt bien résumé. Et c'est d'une approche multidisciplinaire dont ils vont avoir besoin.

Je voudrais juste ajouter ceci... les patients semblent répondre à une chose que je leur ai dite, en quelque sorte... Je leur dis qu'ils doivent construire leur propre programme. Une de mes grandes bêtes noires aujourd'hui est le public américain, et je suppose que c'est vrai dans d'autres pays modernes. En raison de la publicité pour les produits pharmaceutiques et les dispositifs médicaux, nous avons cru, à tort, qu'il y a un médicament par maladie, une procédure, et qu'il existe une solution miracle pour tout ! Pour l'instant, c'est peut-être les cellules souches, ou ce genre de chose.

Nous avons ce fardeau aujourd'hui... et nous devons dire aux gens qu'il n'y a pas de solution miracle. Vous allez devoir aborder le problème par plusieurs voies différentes, et vous devez continuellement travailler pour construire un programme à vous. Vous devez élaborer votre propre programme, et votre médecin travaillera avec vous. Faites-lui savoir que vous êtes prêt à le faire, mais que vous ne cherchez pas la solution miracle. Je pense qu'avec la publicité à la télévision, on pourrait croire qu'il y a un médicament pour tout. De la dysfonction érectile, au diabète, à la démence - et ce n'est tout simplement pas vrai, et je déteste le dire.

Vous ne voyez plus beaucoup de médecins en exercice dans les publicités. Nous sommes en quelque sorte dans l'ombre, avec les patients. Mais nous devons essayer de leur faire savoir que... c'est ainsi. Je vais vous aider à essayer de construire votre propre programme, mais ça ne va pas se faire rapidement, et ça ne se fera pas avec un seul traitement. Vous allez devoir mettre en place un ensemble, ou un programme, et c'est ma hantise. Je pense que je passe plus de temps à parler de cela, ou à écrire à ce sujet, parce qu'ils ont tous dans la tête qu'un seul traitement les guérira, et ce n'est tout simplement pas le cas !

Dr. Agarwal :

Vous soulevez un très bon point Dr. Tennant, parce que vous savez, surtout avec certains syndromes comme ceux de douleur chronique, il n'y a pas de solution unique. Et nous savons que la médecine doit évoluer vers une médecine plus personnalisée, parce que chacun est unique dans le traitement de différentes pathologies, chacun a différentes conditions de stress dans sa vie, qui peuvent aggraver leurs symptômes. Je pense qu'il est très important pour les patients de comprendre qu'il s'agit d'une approche multimodale. Je voulais également vous remercier d'avoir élucidé les détails de cette pathologie de manière plus détaillée, et potentiellement aidé certaines personnes à identifier les prochaines étapes pour elles. J'ai deux dernières questions :

Si quelqu'un voulait vous trouver, ou obtenir une consultation avec vous, où pourrait-il vous joindre ?

Dr. Tennant :

Ils peuvent contacter notre bureau de la Fondation, et s'ils veulent vraiment être vus, j'ai des médecins qui les prennent - et je les consulterai à ce sujet.

Laissez-moi vous dire autre chose, je ne veux pas dire que je décourage les gens de m'appeler, mais d'une certaine manière je le fais, et je vais m'en expliquer.

Ce problème existe dans toutes les communautés du monde. Nous allons devoir avoir des médecins dans chacune, qui apprennent à connaître cette maladie et prennent ces patients.

Bien sûr, j'aime quand ils me voient, qu'ils me félicitent et me disent que nous faisons du bon travail. D'un autre côté, du Maine à Miami à Montrose, ... nous avons besoin de docteurs, d'infirmiers et de chiropraticiens. Nous avons besoin que le milieu médical comprenne qu'il est nécessaire d'aborder le canal rachidien différemment.

Pour ces patients-là, vous ne pouvez pas juste prendre le téléphone, et trouver un spécialiste de haut niveau à l'autre bout du pays, mettre quelqu'un dans un avion pour aller le consulter. C'est un peu comme si c'était à sens unique. L'objectif de ma fondation est d'apporter un traitement de l'Arachnoïdite à chaque communauté dans le monde.

Dr. Agarwal :

Parfait. La dernière chose que je voulais vous demander, comme c'est une émission sur la longévité, et que nous sommes beaucoup orientés sur l'auto-soin. Vous êtes un homme occupé, très occupé, avec toutes les recherches que vous faites, et les personnes que vous aidez. Que faites-vous pour vous amuser, ou quel est votre plaisir coupable ?

Dr. Tennant :

En réalité, la médecine est vraiment ma passion. J'ai une autre entreprise que je dirige. Je vis à Wichita une partie du temps, à Los Angeles une autre partie du temps, et j'ai une entreprise que j'aime beaucoup au Kansas. Je finance l'immobilier rural. J'ai nos fondations. J'ai aussi un tas de collections d'antiquités et d'autres choses dont je m'occupe aussi, et puis j'ai la plus grande collection au monde de cornes à chaussures antiques. Bref, j'ai des passe-temps ringards comme tout le monde, et ma femme et moi les apprécions.

Dr. Agarwal :

Vous avez dit cornes à chaussures, vous avez la plus grande collection de cornes à chaussures du monde ? Très intéressant.
Tout vous ramène à l'état d'avancement, c'est merveilleux.

Dr. Tennant :

Bref, ma femme et moi prenons beaucoup de temps pour voyager, alors ne soyez pas désolés pour nous.
Nous ne nous considérons même pas comme vieux. Nous nous dirigeons vers la centaine.

Dr. Agarwal :

Donc c'est parfait, cela nous fait plaisir. Eh bien, merci Dr. Tennant. Nous avons pris assez de votre temps et nous allons vous applaudir.

Dr. Tennant :

Merci pour ce bon travail. J'apprécie vraiment ce que vous faites, merci.

Dr. Koneru :

Merci pour tout ce que vous avez fait pour la communauté !
[Musique]