

CAS CLINIQUE EN ENDOBIOGENIE : Femme de 45 ans, le 25 mai 2023

MOTIF DE CONSULTATION :

Obésité

Demande de perte de poids après essai de plusieurs méthodes telles que régime WeightWatchers, psychothérapie, hypnose, yoga, acupuncture, énergétique

Ne peut plus faire de sport à cause de douleurs des cuisses

Adressée en endobiogénie par son podologue pour chevilles gonflées

LIGNE DE VIE :

Couleurs : **para-alpha beta**, **axe cortico**, **axe gonado**, **axe thyro**, **axe somato**, **émonoctoires**

ANTECEDENTS FAMILIAUX :

Grands-parents paternels :

- Grand-mère : obésité, diabète et angor
- Grand-père : troubles cardiaques

Grands-parents maternels :

- Grand-mère avec cancer intestinal

Parents :

- Mère : hyperglycémie modérée à jeun, n'a jamais perdu son ventre de grossesse, « tout est source d'inquiétude pour elle »
- Père : cancer du sein, syndrome coronarien aïgu, AVC, cancer gorge, « force de la nature »

Oncles maternels : 2 oncles diabétiques

Un frère plus âgé de 10 ans : RAS

Hérédité cardiovasculaire, part héréditaire du surpoids

EVENEMENTS 1 AN AVANT LA CONCEPTION : RAS

EVENEMENTS DURANT LA GROSSESSE : 1 seule échographie de surveillance montrant une masse noire laissant supposer la mort d'un jumeau

Imprégnation alpha du fœtus par la mère de nature inquiète majorée peut-être par sa crainte de la mort du 2^{ème} jumeau

NAISSANCE : Accouchement voie basse rapide sans péridurale, bébé de petite taille, avec trois tours de cordon ombilical autour du cou sans détresse respiratoire ; a posteriori, la masse noire de l'échographie correspondait à une surproduction de cordon ombilical et non à un jumeau mort.

Très bons cortisol et béta et oxytocine

*Surstimulation d'alpha lors d'une naissance vécue comme un danger d'asphyxie
Surproduction par début de grossesse gémellaire OU pour compenser un manque nutritionnel*

BEBE : Allaitement maternel au sein pendant 3 semaines

Facteurs bifidogènes (lysozyme, lactoferrine, IgA) très présents dans le colostrum et le lait de transition

Allaitement bref causé par une mauvaise succion OU par une mère trop fatiguée



T
H
Y
R
O
I
D
I
E
N
N
E



S
U
R
R
E
N
A
L
I
E
N
N
E



G
O
N
A
D
I
Q
U
E
-
E
N
D
O
C
R
I
N
I
E
N



S
O
M
A
T
O

ENFANCE-ADOLESCENCE :

- **2 ans** : scolarisée en toute petite section
- **3 ans** : amygdalectomie
- **6 ans** : déménagement, dyslexie constatée en CP *Choc émotionnel, cortico+ et alpha+*
- **8 ans** : sa mère réalise une IVG *Choc émotionnel, cortico+ et alpha+ ?*
- **11 ans** : en allant au collège (6^{ème}), subit une agression physique (coups de poing et coups de pied) *Choc émotionnel, cortico+ et alpha+*
- **12 ans** :
A cause de l'agression, ses parents décident de déménager pour la changer d'école : changement des codes sociaux car elle passe d'un collège de banlieue à un collège bourgeois de campagne *Choc émotionnel, cortico+ et alpha+*
Pour honorer la rentrée scolaire dans la nouvelle ville, elle est hébergée 15 jours chez une dame très gentille amie des parents, le temps que ses parents déménagent et la rejoignent. Pendant ces 15 jours, elle a ses lères règles. *Choc émotionnel, cortico+ et alp*

Début de la prise de poids alors qu'elle avait jusqu'alors une morphologie fine

Sursollicitation du cortisol

Cortisol bloquant = pas assez permissif de l'enchaînement des axes

= difficulté de passage de la phase surrénalienne à la phase gonadique malgré l'absence de retard de règles

Insuffisance de production d'œstrogènes métaboliques E1 par DHEA

Compensation de production par tissu adipeux sous-ombilical riche en aromatasés

Prise de poids

- **Scolarité en primaire et au collège** :
A eu les maladies infantiles classiques, des antibiotiques mais pas de corticoïde pas de difficulté scolaire mais l'école est une source de stress pratique du piano et de l'équitation *alpha+*
- **14 ans** : œdème de Quincke à la pénicilline, un peu d'acné
- **15 ans** : 1^{ère} prise de contraception sur des cycles ayant toujours été très réguliers et indolores
- **Scolarité au lycée** : pas de stress, faisait le minimum syndical
- **Sport** : a pratiqué l'équitation du primaire jusqu'à 24 ans *Androgènes forts*
- **18 ans** : est partie une année aux USA

A noter : apparemment, pas de phase thyroïdienne retardée malgré amygdalectomie et choc émotionnel à 6 ans

ADULTE :

- **19 ans** : préparation littéraire hypokhâgne -**20 ans** : DEUG anglais
- **21 ans** : diplôme dans le tourisme -**22 ans** : licence d'anglais
- **23 ans** :
Concubinage + prise rapide de poids jusqu'à + 20 kg
Investissement dans la gestion d'un bar-restaurant avec son conjoint à l'aide du soutien financier de ses parents (de la patiente)
- **23-27 ans** : fortes difficultés avec conjoint qui vole dans la caisse et qu'elle qualifie de « pervers narcissique » **alpha+**
- **25 ans** : obésité morbide, AVP avec tassement vertébral L5 et fracture de D4 **choc émotionnel, corticot, alpha+**
- **27 ans** : séparation conjugale + perte lente de poids, endettement bancaire, CMU, retourne vivre chez ses parents **choc émotionnel, corticot, alpha+**
- **28 ans** : nouveau conjoint + prise rapide de poids jusqu'à + 20 kg, nouveau travail chez un bailleur social **combative, cortisol+, beta+**
- **30 ans** :
Séparation conjugale + perte lente de poids
Burn-out diagnostiqué après un bilan médical exhaustif suite à la perte de la marche pendant 4 mois « J'ai eu le choix de changer de vie, j'ai choisi de réapprendre à vivre. »
Arrêt contraception **épuisement, réserves vides, cortisol---**
Intérêt pour le yoga et les soins énergétiques
- **31 ans** : nouveau conjoint + prise rapide de poids jusqu'à + 20 kg puis séparation conjugale (quand ?) + perte lente de poids
- **35 ans** : « épuisement physique » **épuisement, réserves vides, cortisol-**, prise de poids, hypothyroïdie biologique **TSH+T3-T4-** traitée par Levothyrox pendant 2 ans
Voie d'adaptation neuro-adrénergique épuisée
Voie énergo-métabolique privilégiée
Sursollicitation par alpha+ de l'axe thyroïdienne
Épuisement thyroïdien périphérique
- **37 ans** :
Nouveau conjoint + prise de poids jusqu'à + 20 kg
A monté progressivement les échelons professionnels, responsable de la gestion locative et sociale et d'une équipe de 7 personnes, refus d'un plus haut poste de direction car développe un mi-temps d'auto-entrepreneur dans l'énergétique/yoga
Leadership et combative, androgènes forts, DHEA+, cortisol+, beta+

- **38 ans** : grossesse avec + 7 kg les 3 premiers mois de grossesse : « a gonflé instantanément » puis fausse-couche spontanée sans perdre les 7 kg
choc émotionnel, cortico+, alpha+
- **35-38 ans** : sport intensif pour perdre du poids : 3h de salle + 1h de course à pied par semaine avec perte de poids et « épuisement physique » l'ayant conduit à arrêter
épuisement, réserves vides, cortisol-
- **39 ans** :
Pois = 75 kg 2^{ème} grossesse avec + 20kg Accouchement à 95 kg, *épuisement, réserves vides, cortisol-*
Allaitement mixte pendant les 4 premiers mois puis arrêt car fatigue physique
Hypothyroïdie biologique post-partum non traitée **TSH+T3-T4**, « normalisation »
Voie d'adaptation neuro-adrénergique épuisée comme à 35 ans of ci-dessus
ET Sursollicitation ovarienne secondaire à la grossesse, maintenue en post-partum par la période de recyclage féminin (vers 40 ans)
Appel à TSH
Sursollicitation par E2 de TSH
Epuisement thyroïdien périphérique
- **40 ans** : congé parental, début de douleurs des cuisses dans un contexte d'épuisement (cf examen clinique ci-dessous)
épuisement, réserves vides, cortisol-
- **41 ans** : rupture conventionnelle qui se passe bien avec le bailleur social, perte de 5 kg
- **42 ans** : temps partiel comme assistante ATSEM dans une école primaire Montessori et temps partiel comme praticienne en soins énergétiques, reprise progressive des 5 kg
- **45 ans** : diminution de son temps de travail à l'école (27h à 20h), sa fille a 6 ans
- **Ce que la patiente analyse** :
Quand sa fille ou les enfants de l'école ont un « coup de mou », ils lui disent « je veux rentrer dans ton ventre. » *fort instinct de maternage ; prolactine +*

« Au départ, adiposité forte sous le nombril, puis au-dessous et au-dessus du nombril »
« A chaque nouveau concubinage, prise de 20kg, à chaque séparation, perte de 20kg. A chaque fois, j'étais avec des hommes qui mangent plus que moi et je me calais sur leur rythme. La prise de poids est associée à une tension dans mon couple *Alpha+* du fait de ma difficulté à prendre ma place, à me retenir d'être ce que je suis c'est-à-dire plutôt leader. De plus, quand mon moral était bas, je mangeais chips, beurre et salé. »

A ce stade de la réflexion, hypothèses de l'origine de la prise de poids :

- 1- Sur le plan psychologique :
 - Conflit psychique lié à une faible estime de soi
- 2- Sur le plan biologique :
 - *Alpha+*
 - *Sursollicitation structurelle des aromatasés du tissu adipeux pour fabriquer les œstrogènes en lien avec une sursollicitation du cortisol*
 - *Insuffisance thyroïdienne périphérique*

EXAMEN CLINIQUE

Couleurs : **para-alpha beta**, **axe cortico**, **axe gonado**, **axe thyro**, **axe somato**, **émonctoires**

A- SYMPTÔMES

- 1- Nausées ponctuelles, **para + PRL**+ diarrhées 1/mois pendant 12h **para + beta +**
- 2- Ballonnements +/- aérophagie **para + déficit amylase**
- 3- Gazs non odorants **insuf. pancréatique exo. avec déficit en amylase**→ **relance TRH**
- 4- Ne transpire jamais mais devient rouge écarlate même quand elle faisait du sport **beta-**
- 5- Bouffées de chaleur et hypersudation en milieu de nuit depuis 3-4 mois
beta + TSH – T3 + T4 + conflit para-alpha ? Sous réserve d'éliminer une hémopathie par une NFS CRP VS Electrophorèse des protéines
- 6- Somnolence post-prandiale fréquente ; parfois sieste de 10 mn **para +**
- 7- Acné ponctuelle joues externes **DHEA + PRL + menton DHEA + dos axe gonado-somato**
- 8- Depuis accouchement, diminution libido **ocytocine – ? progestérone - ? hyper ou hypo insulinisme ?**
- 9- Depuis accouchement, disparit° fatigue au réveil + a tout le tps chaud ; **bonne voire très bonne activité des T4**
- 10- *Pas de sensation de soif Pas de fringale au sucre Pas de fatigue chronique*

B- DOULEURS

- 11- Crampes musculaires aux mollets en journée **TSH + T3 – T4 – Conflit para-alpha, demande de calcium et sacrifice de magnésium**
- 12- Paresthésies des jambes **conflit para-alpha**
- 13- **Lombalgies mécaniques**
- 14- Douleurs chroniques des cuisses à type de courbatures intenses, nocturnes, insomniantes, non reproduites à la palpation
 - Depuis 5 ans, survenues dans un contexte d'épuisement dixit patiente : « fille de 19 mois, tension couple, début de l'été, je me trouve épuisée »
 - La palpation profonde en sous-ombilicale, et le coussin entre les jambes en décubitus diminuent les douleurs
 - Traitements essayés : homéopathie, kiné, yoga qui augmente les douleurs, fasciathérapie = disparition des douleurs
 - A voulu reprendre récemment la marche et l'aquagym ce qui redéclenche les douleurs mais seulement pendant 2h la nuit avec réendormissement possible. **Trouble postural ? Séquelle du tassement vertébral L5 ? Dismétabolisme musculaire ?**

C- SOMMEIL

- 15- Endormissement rapide **para +**
- 16- Réveils nocturnes depuis toujours, au moindre bruit (boules Quiès) **alpha +**
- 17- Intolérance au manque de sommeil si elle n'a pas ses 8 h de sommeil **GH - ou PRL +**
- 18- Souvenir de ses rêves, vifs, variés, détaillés, très réalistes, en couleur **beta + TRH +**

D- CYCLE FEMININ

- 19- Cycles réguliers 25-28j, règles hémorragiques 24-48h ; 2 serviettes hyg/nuit **oestro +**
- 20- Couleur sang rouge sombre **oestro +**
- 21- Douleurs pendant les règles hémorragiques (24-48h) **E > P** ou **conflit para-alpha**
- 22- Prise de poids pendant les règles **aldostérone + ? FSH + ? P + ?**
- 23- Depuis 3-4 cycles, cycles irréguliers 15 jours ou >30 jours **insuffisance ovarienne physiologique de pré-ménopause débutante**

E- ALIMENTATION

- 24- Alimentation locale, biologique, non transformée, blé ancien, farines variées, légumineuses, légumes, viande blanche, œufs **Alimentation saine**
- 25- Viande rouge, beurre, fromages divers 2/jour, yaourts lait de vache non pasteurisé 2/semaine **Alimentation favorisant une sollicitation pancréatique exocrine**
- 26- Repas mangés en 10 minutes par tempérament et habitude **Faible sollicitation de l'amylase salivaire, sursollicitation du pancréas exocrine**

F- MORPHOLOGIE

- 27- Nez pointu, queue du sourcil courte, voix claire **TRH + TSH + T4 +**
- 28- Visage anguleux, creusé, émacié **GH + hypoinsulinisme légèrement pigmenté ACTH +**
- 29- Cou court, lèvres fines, petite bosse de bison **cortisol +**
- 30- Tronc large **para + GH + 1,72m, 96 kgs, IMC=32 obésité**
- 31- Epauls < hanches larges et muscles un peu volumineux **oestro +**
- 32- Adiposité sus et sous-ombilicale **hyperinsulinisme/résistance à l'insuline**
- 33- Pieds plats depuis toujours **pri + hallux valgus débutants GH +**
- 34- Epau droite tombante par membre inf. droit plus court
- 35- Myxœdème pré tibial bilatéral **TSH ++ réactive en compensation de T4 insuffisante**

G- COGNITION, COMPORTEMENT, TEMPERAMENT

- 36- Bonne mémoire organisationnelle et sélective
- 37- Imagination contemplative **para +**
- 38- Sensibilité au bruit **alpha +**
- 39- Mouvement plutôt explosif **beta +**
- 40- Activités en feu d'artifice, activités pouvant aussi être très calmes **beta + para +**
- 41- Forte écoute **para +** Forte possibilité d'adaptation **para +**
- 42- Cogitation modérée **alpha + modéré**
- 43- Tempérament leader **androgènes +** combatif **cortisol +** sociable et coopératif **GH +**

H- EXAMEN PHYSIQUE

*Cardio-
vasculaire*

44- TA 9/6 à droite et gauche FC=60/mn **para - alpha - cortisol inadapté**

45- Météorisme abdominal

46- Palpation Oddi indolore mais déclenche une douleur dorsale dans la zone de projection du pancréas endocrine

Abdominal

47- Douleur à la palpation épigastrique et hypogastrique/fosse iliaque G **congestion α + blocage hépatosplanchnique dysbiose grêle sensibilité des récepteurs LH**

48- *Pas d'adhérence ni de douleur au palper-rouler, ni abdominal, ni dorsal*

49- Seins volumineux **oestro + prl + aréoles larges oestro + prl +**

*Dermato
Neuro*

50- Marque du drap dans le dos **congestion alpha + Dermographisme qui part vite beta +**

51- Varicosités cuisses D et G **alpha + congestion pelvienne**

52- Mains sèches et chaudes **beta +** Léger pli nasogénien bilatéral **GH-/IGF1-**

53- Peau douce **oestro +** acné dos, fesses **axe gonad-somat**

54- Vergetures horizontales hanches et bas du ventre depuis la 1^{ère} prise de poids **oestro +**

55- ROT rotuliens absents **TSH>TRH**

56- *Pas d'angiome, pas de cicatrice, pas de nodule ni goitre thyroïdien*

*ORL
Ophtalme*

57- Frein langue, surcharge linguale post. **alpha+ insuf. hépato-biliaire dysbiose colon D**

58- Pharyngite granulaire **relance de TSH + sur thyroïde insuffisante T3-T4-**

59- Salive fluide **para +** hippus droit **conflit para-alpha avec anxiété de l'avenir**

ANALYSE ENDOBIOGENIQUE

Couleurs : para-alpha beta, axe cortico, axe gonado, axe thyro, axe somato, émonctoires

A- SYSTEME NEUROVEGETATIF

Structure : équilibrée entre para fort et alpha fort

Fonction : alpha fort, beta fort et spasmophile

Causes de cette fonctionnalité :

- Spasmophilie d'origine structuro-fonctionnelle ; conflit para-alpha, sympathicotonie réactionnelle à une vagotonie avec un beta fort *pas encore* retardé

Conséquences de cette fonctionnalité :

- Risque de demande de plus en plus forte en calcium avec débordement des différents systèmes d'adaptation

B- EMONCTOIRES

Insuffisance/congestion pancréatique exocrine secondaire à :

- Faible mastication/salivation
- Alimentation riche en graisses saturées et en caséine
- Vagotonie primaire

Insuffisance/congestion hépatique secondaire à :

- Alpha fort

Insuffisance/congestion intestinale avec dysbiose du grêle et du colon droit secondaire à :

- Possible manque de bifidogènes à la naissance
- Manque chronique d'hydratation
- Alpha fort
- Insuffisance pancréatique exocrine
- Œstrogènes forts

Conséquences : Risque d'une vagotonie réactionnelle forte, risque d'une majoration de la congestion, risque de complications métaboliques, inflammatoires, immunitaires.

C- AXES HORMONAUX

1- AXE CORTICOTROPE

Structure : corticosurrénalienn

Fonction : cortisol fort devenu insuffisant

Causes :

- A 12 ans, la demande adaptative alpha+++ était telle que le cortisol a été sursollicité et bloquant sur l'ACTH et la DHEA, d'où insuffisance en œstrogènes E1 et difficulté de passage de la phase surrénalienn à la phase gonadique. Cette difficulté a été compensée par la production d'aromatases dans le tissu adipeux exprimée cliniquement par une prise de poids sous-ombilicale.
- Ensuite, la sursollicitation du cortisol s'est répétée souvent au point d'avoir un rendement de plus en plus faible, de répondre de moins en moins à la demande et de provoquer cliniquement plusieurs épuisements. Le cortisol est devenu permissif.

Conséquences cliniques :

- Il semble y avoir un lien structurel, datant de ses 12 ans, entre demande adaptative alpha+++ / stress sur les corticosurrénales ET production d'aromatases par le tissu adipeux, c'est-à-dire **prise de poids**.

2- AXE GONADOTROPE

Fonction : œstrogènes forts en train de devenir insuffisants

Causes :

- Le cortisol est permissif donc avec un faible rétrocontrôle sur l'ACTH qui stimule alors fortement FSH qui demande un fort rendement en œstrogènes E2.
- Ensuite, la production en œstrogènes a augmenté pendant la période de grossesse à 39 ans puis pendant la période de révision générale/recyclage des 40 ans.
- Actuellement, début d'une insuffisance ovarienne physiologique de pré-ménopause expliquant les cycles irréguliers.

Conséquences cliniques :

- Il y a eu une sursollicitation ovarienne avec des difficultés de rendement ovarien pour assurer la production en œstrogènes. Ces difficultés ont été compensées par la production d'aromatases dans le tissu adipeux s'exprimant cliniquement par une prise de poids sous-ombilicale, notamment en post-partum (39 ans).

3- AXE THYREOTROPE

Fonction : TSH>TRH, TSH forte> T3 et T4 insuffisantes

Causes :

- L'adaptation par la voie neuro-adrénergique $\alpha+ \rightarrow ACTH+ \rightarrow cortisol+$ est dépassée et l'adaptabilité par la voie énergo-métabolique est privilégiée $\alpha+ \rightarrow TRH+ \rightarrow TSH+++$.
- De plus, l'hyperoestrogénie entraîne un fort appel à la stimulation de TSH.

Conséquences cliniques :

- La stimulation de l'axe thyroïdienne est donc forte et la thyroïde n'arrive plus à fournir/son rendement n'est pas bon/épuisement thyroïdien périphérique. Les T3 et T4 ne rétrocontrôlent pas négativement la TSH qui est de plus en plus sollicitée. Cela s'est particulièrement exprimé à ses 35 ans ; hypothyroïdie biologique traitée par Levothyrox (cf), et à ses 39-40 ans ; hypothyroïdie biologique post-partum (cf).
- La sursollicitation de la TSH s'exprime également par le myxoedème pré-tibial bilatéral et par des prises de poids successives.

4- AXE SOMATOTROPE

Structure : GH

Fonction : Résistance à l'insuline avec GH>insuline, et hyperprolactinémie.

Causes :

- La résistance à l'insuline avec GH>insuline est ici secondaire à la voie d'adaptabilité $\alpha+ \rightarrow TRH+ \rightarrow TSH+++$ où TSH inhibe la sécrétion d'insuline pour retarder l'entrée de glucose dans les cellules et permettre une répartition ciblée du sucre. Cela provoque une hyperprolactinémie pour stimuler la sécrétion d'insuline (hyperinsulinisme>GH).
- L'hyperprolactinémie est secondaire à la résistance à l'insuline, à l'hyperoestrogénie E2 et à l'hyperTSH. Cette hyperPRL lance la 2^{ème} boucle qui entretient l'épuisement de la voie neuro-adrénergique.

Conséquences cliniques :

- Ce rapport GH>insuline s'exprime par une augmentation du tissu adipeux sus et sous-ombilical. Les stimulations du SNV alphasymphatique<stress influent donc sur les fluctuations de poids.

*Axe sollicitateur = gonadotrope
Axe répondeur en 1^{er} = thyroïdienne
Axe répondeur en 2^{ème} = somatotrope
Axe répondeur en 3^{ème} = corticotrope*

AXES DE TRAITEMENT

PHYTOTHERAPIE INTEGRATIVE / HYGIENE DE VIE / ALIMENTATION

4 NIVEAUX D'ACTION :

1- ENDOCRINIEN

Soutenir les corticosurrénales : **cassis**, fraisier, gingembre

Réguler la fonction ovarienne : **framboisier**, gingembre

Je ne touche pas plus à l'axe gonadotrope car c'est l'axe demandeur qui plus est en préménopause.

Soutenir la production de T3 et T4 : **gingembre**

Diminuer le rapport GH/insuline : **noyer**, fraisier

Freiner prolactine : **fraisier**

Alimentation iodée : sel de mer gris, soupe miso, fruits de mer, algues marines

Diminuer la vie sédentaire par de longues marches, de grandes enjambées, des squats.

Poursuivre l'alimentation à index glycémique bas

Augmenter les œufs, la viande blanche, les poissons gras, les avocats, noix et légumes

2- NEURO VEGETATIF

Freiner alpha et donc diminuer le conflit para-alpha : **lavande, tilleul**

Pas de magnésium car la patiente en prend déjà.

3- EMONCTOIRES

Drainage hépatique : **chardon-marie**, bardane

Drainage pancréatique : **noyer, bardane**

Traiter la dysbiose : **noyer, lavande**

Spécifiquement pour la surcharge pondérale :

Frêne : drainage éliminateur des toxines, décongestionnant, protecteur des tissus articulaires

Gingembre : régulateur métabolique en cas de surpoids à la ménopause

Cure d'aubier de tilleul sauvage du Roussillon par décoctions

Augmenter le temps de mastication, bien mâcher

Régime d'épargne pancréatique : diminuer les produits laitiers, la viande rouge, le beurre, augmenter la consommation de protéines végétales ; légumineuses, pseudo-céréales

Augmenter l'hydratation hors des repas, la consommation de fibres et de pré-biotiques naturels présents dans chicoré, ail, échalotes, oignons, bananes...

4- SYMPTOMATIQUE

Anti-myalgique (mbr inf) : **fraisier**, cassis

Anti-névralgique (mbr inf) : **fraisier**

Augmenter libido : **gingembre**, cassis

Bouffées de chaleur : **fraisier**

Cycles irréguliers : **fraisier**

Ostéopathie lombaire pour améliorer le trouble postural (suivi podologue en cours)

ORDONNANCE DE PHYTOTHERAPIE INTEGRATIVE

1 – BMG mère *Ribes nigrum* 15 gouttes dans un peu d'eau le matin pendant 3 mois

2- Préparation magistrale n°1 par voie orale :

HE *Lavandula angustifolia* 2g
HE *Zingiber officinale* 3ml
BMG 1DH *Tilia tomentosa*
BMG 1DH *Juglans regia*
BMG 1DH *Fraxinus excelsior*
Solubol dispersant 25 ml

aa qsp 125ml
prendre 50 gttes matin 50 gttes soir pdt 3 mois
dans un peu d'eau après avoir bien secoué le flacon

3- Préparation magistrale n°2 par voie orale :

EPS *Arctium Lappa*
EFGM *Silybum marianum*
EFGM *Fragaria vesca*
EFGM *Rubus idaeus*

aa qsp 125ml
prendre 1 cuiller à café matin et 1 cuiller à café soir
dans un peu d'eau pendant 3 mois

A noter que suite à un bilan sanguin, son médecin traitant lui a prescrit des compléments alimentaires :

- *Tyrosine*
- *Iode*
- *Glucosyl*
- *Fer et magnésium*

Après 2 mois de traitement, la patiente me dit qu'elle a désormais une sudation (effort, sauna).
De plus, elle se sent moins fatiguée et bouge plus facilement, comme si « ça circule mieux ».

⇒ Efficacité du drainage

Prochaine consultation après 3 mois de traitement.

Albane Mainguy
A Angers
Le 29 août 2023