



## **Informations sur l'usage de la thérapie BEMER dans le traitement de la dystrophie musculaire**

Trente différentes formes de maladies dégénératives de la musculature du squelette sont regroupées sous l'expression dystrophie musculaire. Elles se caractérisent par une disparition progressive de la fibre musculaire dont résulte une faiblesse des muscles, en général symétrique.

Les différentes formes de dystrophie musculaire se distinguent dans leur caractère génétique, l'âge du début de la maladie, les zones corporelles le plus souvent atteintes et leur évolution.

La forme de loin la plus fréquente est la myopathie de Duchenne qui, selon un mode récessif lié au sexe – le chromosome x, se transmet presque exclusivement aux garçons.

Dystrophie musculaire de type I	Début de la maladie	Parties du corps les plus souvent atteintes	Évolution
Duchenne (DMD)	Petit enfant	Musculature du bassin et des cuisses	Évolution rapide
Becker (BMD)	Enfant à l'âge scolaire	Musculature du bassin et des cuisses	Évolution lente
Dystrophie (DFSH) facioscapulohumérale	L'enfance à des âges très variés	Ceinture scapulaire, bras, visage	Évolution lente en général asymétrique
Dystrophie des membres	Varie entre 10 et 40 ans	Bassin et ceinture scapulaire	Évolution lente

Dans les dystrophies musculaires progressives (*Dystrophia musculorum progressiva*) un défaut génétique empêche ou réduit la production d'une protéine spécifique ce qui provoque de sévères troubles du métabolisme dans les cellules musculaires et la dégénérescence des leurs fibres. Ces dernières sont remplacées en général par du tissu adipeux ou conjonctif fibreux. La majorité de ces formes ont un point commun: tôt ou tard la maladie atteint les muscles de la respiration et / ou du cœur.

Le symptôme caractéristique des dystrophies musculaires est la progression, pendant l'évolution, d'une faiblesse musculaire qui se répand sur des groupes de muscles de prédilection. Selon le type de dystrophie on observe des "hypertrophies" dans les parties de la musculature atteinte. Il ne s'agit pas de tissu musculaire mais de tissu adipeux ou conjonctif fibreux inélastique qui prend la place des muscles. Dû aux handicaps physiques tels que la malposition des articulations, la déformation osseuse etc. on suppose souvent que la maladie s'accompagne d'un retard mental ou bien d'un développement intellectuel limité – à vrai dire les retards mentaux ne se manifestent fréquemment que dans certaines formes (par ex. pour le type Duchenne: 1/3 des malades).

Il n'existe pas actuellement de thérapie causale. Dans les méthodes de thérapie symptomatique on essaie autant que possible de conserver essentiellement la qualité de vie des patients. Une partie importante de la thérapie se compose de kinésithérapie spéciale, d'appareillage orthopédique, de thérapie respiratoire, d'un suivi et d'un encadrement psychologique des patients, de leur entourage et des personnes qui leur administrent des soins.

La thérapie BEMER peut être un complément et renfort précieux des thérapies conventionnelles des maladies génétiques

Les mécanismes complexes des effets des impulsions BEMER cités ici ont été prouvés scientifiquement et appuyés par des études cliniques / médicales:

1. augmentation de la faculté de réaction de structures moléculaires et submoléculaires de l'organisme par un signal en large bande, exceptionnel jusqu'à présent, par lequel un grand spectre de réactions chimiques est généralement facilité (Kafka, W. A.)
2. "activation" électromagnétique de HSP 70 induite, à la suite de laquelle se forment une synthèse de protéines spéciales, réparatrices (Jelinek, R.), une amélioration et cicatrisation plus rapide (Preissinger, M.), avec apparition retardée de courbatures après effort anaérobie (Spodaryk, K.)
3. amélioration de la circulation sanguine jusque dans la microcirculation (Michaelis, H.) provoquant l'augmentation de la pression partielle en oxygène et le développement des érythrocytes (Malkomes, Ch.) dans le sang. Amélioration du métabolisme des globules rouges par remplissage des réserves d'ATP et de celles de phosphates énergétiques (Spodaryk, K.). Diminution de la tension artérielle, ralentissement de la fréquence du pouls et relaxation végétative (Michels-Weikili, S.).

De part ces réactions et les expériences avec des patients atteints de lourds handicaps physiques et des tableaux cliniques très divers, la thérapie BEMER peut contribuer aussi à la stabilisation ou même à l'amélioration de différents paramètres de l'état général des patients atteints de dystrophie musculaire.

## Recommandation pour l'emploi de la thérapie BEMER

Matin: le matelas d'après le programme de base

Midi: le matelas en intensité 10

Soir: le matelas d'après le programme de base

Et pour renforcer la fonction des poumons et la stabilisation du système immunitaire mettre l'applicateur intensif en P4 sur le sternum.

Étant donné que peu de traitements ont été documentés il n'est pas encore possible de faire une évaluation représentative de la thérapie BEMER dans le traitement de la dystrophie musculaire. Cependant avec les rapports qui existent on peut mettre en évidence que non seulement l'état général s'améliore mais que l'on atteint une augmentation du potentiel de défenses immunitaires et une augmentation individuelle de la résistance à l'épreuve (endurance) pendant les exercices de kinésithérapie.

Pour les insuffisances respiratoires d'origine musculaire on obtient dans certains cas, un prolongement des périodes où il n'est pas nécessaire d'utiliser de ventilation contrôlée.