

Description du syndrome d'intolérance aux champs électromagnétiques

http://www.ehs-mcs.org/fr/liens-utiles_47.html

Les travaux pionniers de l'ARTAC ont permis de décrire médicalement l'intolérance aux champs électromagnétiques sous le terme de **Syndrome d'intolérance aux champs électromagnétiques** (SICEM). Les champs électromagnétiques impliqués dans la survenue de ce syndrome comprennent l'ensemble du spectre des fréquences, allant des extrêmement basses fréquences aux fréquences les plus élevées ce qui inclut donc en particulier les radiofréquences, et hyperfréquences. Ainsi sont concernés non seulement les champs électromagnétiques émis par les lignes à haute ou à très haute tension, mais aussi les antennes de télévision ou de radio et toutes formes d'antennes relais, et plus particulièrement en matière d'usage individuel ou collectif, la téléphonie mobile (les portables et DECT), les ordinateurs, les systèmes Wifi et Wimax, les appareils ménagers etc... En fait, ce qui compte, n'est pas tant le type d'émission du champ électromagnétique, que l'ensemble des champs émis, quelqu'en soit la source, autrement dit le brouillard électromagnétique dans lequel nous vivons, en d'autres termes, non seulement la proximité de la (ou des) source(s) par rapport à l'organisme et son intensité, mais aussi et surtout la durée d'exposition, tout en sachant que certains sujets y sont plus sensibles que d'autres, pour des raisons biologiques en cours d'investigation.

Basés sur une série de près de 600 malades, les travaux de l'ARTAC depuis 2008 ont permis de distinguer trois stades ou phases cliniques du point de vue chronologique : une *phase prodromique d'induction*, une *phase d'état* et une *phase évolutive*.

La phase d'induction

Elle correspond à l'entrée dans l'affection. Cette phase est caractérisée par une période plus ou moins prolongée d'exposition à des champs électromagnétiques (extrêmement basses, basses, moyennes ou hautes fréquences), d'intensité « normale » ou anormalement élevée.

Au tout début les premiers symptômes observés dépendent en grande partie du type de source électromagnétique considérée. Dans plus de 50% des cas il s'agit d'un abus d'utilisation de la téléphonie mobile (portable ou DECT) ou d'un ordinateur équipé de Wifi. Plus rarement sont incriminées une exposition prolongée à une ligne à haute tension ou très haute tension, la proximité d'un transformateur électrique ou d'un mât comprenant plusieurs antennes relais, l'utilisation d'appareils de géolocalisation ou encore l'exposition à un radar ou à une éolienne.

Ceci explique que très souvent, au tout début, de façon inaugurale, chez des sujets abusant du téléphone portable ou d'un DECT puissent survenir de façon prodromique une *douleur et/ou une chaleur* dans une oreille puis dans l'autre (le malade passant de l'une à l'autre en raison de la gêne occasionnée), des troubles de la sensibilité superficielle à type de *dysesthésies* (fourmillements, picotements, brûlures, voire prurit) au niveau du visage et du cuir chevelu ou du bras et/ou de l'avant-bras, ou de la main tenant le téléphone portable ou la souris de l'ordinateur, avant que ne surviennent de véritables *maux de tête*, associés de façon caractéristique à une *raideur et douleur de la nuque*. Assez souvent surviennent aussi des *acouphènes* qui de transitoires deviennent bientôt permanents en cas de poursuite de l'exposition, une *hyperacousie*, autrement dit une intolérance aux bruits en particulier aux bruits de fond ; des troubles visuels à type de vision floue, plus rarement de flashs lumineux, des *anomalies de la sensibilité profonde* manifestées par l'apparition de faux vertiges, lesquels s'accompagnent parfois de troubles de l'équilibre à la marche. A cela peuvent s'ajouter des lésions cutanées avec sensation de brûlures (causalgies) et/ou un prurit, des troubles musculaires (myalgies, spasmes, fasciculations) et/ou articulaires (arthalgies, raideurs) dans les parties du corps exposées aux champs électromagnétiques ; parfois l'apparition de véritables « ictus paralytiques », caractérisés par la survenue brutale et spontanément résolutive d'un déficit de la force musculaire dans l'un des membres, plus rarement de vrais vertiges de Ménière ; et surtout très précocément et cela de façon quasi constante, des *troubles cognitifs*.

L'intérêt de cette phase de début est sa réversibilité à condition de mettre en œuvre dès l'apparition des premiers symptômes apparus, le sevrage électromagnétique et un traitement. C'est donc dès cette phase qu'il faut agir si on veut éviter ou tout au moins retarder l'entrée dans l'électrohypersensibilité.

La phase d'état

Elle correspond à la constitution du tableau clinique caractéristique de l'affection que nous avons décrit sous le terme de SICEM. Durant cette phase, les symptômes d'intolérance aux champs électromagnétiques sont de plus en plus sévères et fréquents, causés par des intensités de champs électromagnétiques de plus en plus faibles et concernant un spectre de fréquences de plus en plus étendu. Autrement dit c'est à ce stade qu'apparaît l'électrohypersensibilité.

Cette phase est principalement caractérisée par l'apparition de **troubles cognitifs** sévères à type de *déficit de l'attention et de la concentration* et de *perte de la mémoire immédiate* (encore appelée « mémoire de fixation »). A cette symptomatologie très riche, essentiellement neurologique, peuvent s'associer à chaque fois que le malade est exposé, des *symptômes végétatifs sympathicomimétiques* à type d'oppression thoracique, d'épisodes de tachycardie voire de tachyrythmie et des troubles digestifs ou urinaires, l'ensemble pouvant conduire à la survenue de véritables malaises, le plus souvent sans perte de connaissance cependant.

Au plan général cette phase est aussi caractérisée par une **triade symptomatique** faite d'insomnie, de fatigue chronique et éventuellement de tendance dépressive.

Cette deuxième phase est en outre éventuellement émaillée de troubles du comportement à type d'irritabilité et de violence verbale, rarement de tendance suicidaire, alors que dans tous les cas, les symptômes inauguraux peuvent réapparaître de façon aiguë ou subaiguë, à chaque fois que la personne est réexposée à des champs électromagnétiques, y compris de très faible intensité.

Durant cette phase, les tests biologiques et d'imagerie médicale objectivent l'affection dans la plupart des cas. Des formes biologiquement « nues » sans anomalies biologiques décelables, sont cependant observées dans environ 20% des cas. Une potentialisation avec certains produits chimiques est possible.

Cependant, point fondamental, à ce stade, sous l'effet combiné du traitement et des mesures de protection, les anomalies cliniques et biologiques d'intolérance sont encore en général réversibles, alors que malheureusement l'électrohypersensibilité le plus souvent persiste.

L'évolution à distance

Cette troisième phase est le point central. La survenue des complications dépend en effet de la précocité du traitement mis en œuvre, de son administration continue (pendant plusieurs années) et surtout des mesures de précaution et d'éviction qui auront été prises à temps.

En l'absence de traitement et de mesure de protection, la phase évolutive est en effet marquée par le passage d'un stade où les anomalies sont encore purement fonctionnelles à la constitution progressive de lésions anatomopathologiques, organiques et qui de ce fait deviennent totalement irréversibles.

C'est *chez l'enfant*, en raison de sa vulnérabilité biologique constitutionnelle, et plus tard chez l'adolescent que les risques semblent être les plus sévères, avec la possibilité de maux de tête et de troubles du sommeil, et l'apparition retardée d'anomalies psychologiques majeurs se manifestant par de la *dyslexie*, des troubles de l'attention et de la concentration et une perte de mémoire de fixation à l'école, auxquels peuvent s'ajouter des *troubles du comportement* alors souvent totalement incompris par les parents et les enseignants. Or dès le début, et cela avant que n'apparaissent les troubles, l'intolérance peut éventuellement devenir telle que l'enfant ne pouvant plus pénétrer dans sa classe, refuse d'aller à l'école, sans qu'on en sache alors précisément les raisons et si on les suspecte, s'il y est réellement exposé à des champs électromagnétiques même de faible amplitude. A l'école, ou à la maison, la Wifi et la proximité d'antennes relais sont ici majoritairement concernés. Chez ces enfants, en cas d'exposition persistante, le *risque ultérieur de psychose* extrêmement sévère et même de *troubles du développement somatique*, comme nous les avons observés, ne peut être exclu.

De même *chez les femmes enceintes*, des risques existent en cas d'exposition à de tels champs électromagnétiques, avec pour conséquences, outre la possibilité d'*avortements spontanés*, celle chez leur bébé de manifestations psycho neurologiques graves dont l'*autisme*, lesquelles sont actuellement en cours d'études par différentes équipes dans le monde.

Chez l'adulte, l'évolution peut se faire (1) soit vers une régression partielle des symptômes, en cas de traitement précoce et de sevrage électromagnétique ; (2) soit en l'absence de traitement et de sevrage, vers un *syndrome confusionnel* d'intensité variable, associant selon les cas, une perte de mémoire qui d'immédiate devient rétrograde (touchant les souvenirs), la survenue d'« absences » [1] et/ou de désorientation temporo spatiale ; (3) soit enfin vers un véritable *état de démence* s'apparentant à une maladie d'Alzheimer du sujet jeune, la phase d'état décrite précédemment devant être considérée comme un *état pré-Alzheimer*.

Plus que l'évolution vers un cancer, la véritable complication de l'électrohypersensibilité est en effet principalement la maladie d'Alzheimer.

Lorsque les malades sont vus à la phase d'état, les traitements que nous avons mis au point, en raison de la réversibilité partielle des anomalies biologiques observées permettent encore probablement d'éviter l'entrée dans un état de démence de type Alzheimer. Et même plus tard, c'est-à-dire au stade de « phase évolutive » bien que les résultats soient très inconstants, les traitements utilisés sont encore à conseiller tout au moins dans un premier temps, car les médicaments à visée psychiatrique ne sont qu'un palliatif. De tels médicaments ne sont donc à réserver qu'en cas de maladie d'Alzheimer avérée, c'est-à-dire en cas de déficit cognitif irréversible et lorsqu'existent des troubles du comportement à domicile et *a fortiori* sur la voie publique.

A noter que dans notre série, chez plusieurs malades atteints de *sclérose en plaques*, l'utilisation prolongée du téléphone portable a semblé être la cause de la maladie ou tout au moins déclencher une nouvelle poussée, que chez d'autres malades l'exposition à des CEM semble avoir provoqué l'aggravation si ce n'est la genèse d'*une maladie de Parkinson* (ou plutôt d'un « syndrome » de *Parkinson*), et que chez plusieurs malades, l'abus du portable a été à l'origine du déclenchement de *crises d'épilepsie*.

L'utilisation du portable chez des malades atteints de Sclérose en plaque, de maladie de Parkinson ou d'épilepsie et donc formellement contre indiquée.

A noter enfin que, chez d'autres malades, l'exposition prolongée à des CEM (ordinateur cathodique) semble avoir été à l'origine d'un *cancer du sein* ou de *l'ovaire* ou d'une rechute de ces cancers.

[1] Les absences sont des pertes transitoires de la mémoire et même de la connaissance dues à différentes causes dont un trouble passager de l'irrigation cérébrale. On les observe en particulier dans « le petit mal » épileptique. Il s'agit alors d'une brève suspension de la conscience avec interruption de toute activité