

L'Institut Dauphine d'Ostéopathie



en partenariat avec le
Federal European Register of Osteopaths



Promotion 2014

MEMOIRE n° 44

présenté et soutenu publiquement le à Paris par

Mlle JEZIORNY Tatiana, né(e) le 13/10/1988 à Saint Doulchard

Pour l'obtention du

DIPLÔME d'OSTÉOPATHE (D.O.)

<p>Titre : Intérêt de la prise en charge ostéopathique dans le Syndrome de l'Intestin Irritable</p>
--

Membres du jury :

Président :

Assesseurs :

Directeur du mémoire : PORTELA Jordane

Remerciement

Nous tenons à remercier le service tout entier de gastro-entérologie de l'hôpital Avicennes qui nous a ouvert ses portes et plus particulièrement le Professeur BENAMOUZIG et le Docteur BOUCHOUCHA pour nous avoir accordé autant de temps.

Nous souhaiterions également adresser un remerciement à nos directeurs de mémoire Jordane PORTELA et Thu Van ATTALI pour avoir encadré nos travaux.

Enfin, nous souhaiterions remercier tous nos amis pour l'aide précieuse qu'ils nous ont apportée à la relecture de ce mémoire.

Sommaire

I	Introduction	p.5
	1-Problématique du mémoire	p.5
	2-Objectif du travail de recherche	p.5
	3-Rappel sémiologique des colopathies fonctionnelles	p.5
	1-a) Définition	p.5
	1-b) Epidémiologie	p.6
	1-c) Physiopathologie	p.7
	1-d) Traitement médicale et ostéopathique	p.8
II	Matériel et méthodes	p.9
	1-Matériel	p.9
	1-a) Lieu	p.9
	1-b) population d'étude	p.9
	1-c) critères d'inclusion	p.9
	1-d) critères de non inclusion	p.10
	1-e) randomisation	p.10
	2-Méthodes	p.11
	2-a) questionnaire	p.11
	2-b) tests	p.11
	2-c) traitements	p.15
III	Résultats	p.31
	1-Présentation des résultats par patients	p.31
	2-Synthèse des résultats	p.34
IV	Discussion	p.38
	1-Analyse et commentaire des résultats	p.38
	2-Autocritique	p.38

V	Conclusion	p.39
VI	Bibliographie	p.41
	Annexes.....	p.44

-I- Introduction

Le syndrome de l'intestin irritable constitue un enjeu de santé publique. En effet, il a un coût très élevé à la fois en terme de consommation médicale (évalué à 525 euros/ patient / an en 2008) [1] et en tant que cause d'absentéisme professionnel.

1-Problématique du mémoire

Nous nous proposons d'étudier le potentiel intérêt d'inclure l'ostéopathie dans la prise en charge, déjà pluridisciplinaire, des personnes atteintes de colopathies fonctionnelles et plus spécifiquement, de celles classées « syndrome de l'intestin irritable ».

2-Objectif du travail de recherche

Ce travail constitue la reprise des recherches de l'étude de faisabilité menée par Mme Thu Van ATTALI Ostéopathe. Dans un souci de continuité, ces travaux se déroulent également dans le cadre de l'hôpital Avicennes de Bobigny, au service gastro-entérologie du Professeur BENAMOUZIG et du Professeur BOUCHOUCHA. Il permet de tester le protocole de traitement mis en place sur un plus grand nombre de patients afin de démontrer son éventuelle efficacité sur les différents symptômes du Syndrome de l'Intestin Irritable (SII). La douleur abdominale, le météorisme et la régulation du transit seront les principaux facteurs évalués.

Cette étude est effectuée par deux ostéopathes de formation identique afin d'analyser si le protocole de traitement mis en œuvre est ostéopathe dépendant.

De plus, il est réalisé par des ostéopathes de sexes différents ce qui nous permet de voir si cela influence les résultats des techniques effectuées sur les patients.

3-Rappel sémiologique des colopathies fonctionnelles

a) Définition

Les troubles fonctionnels intestinaux contiennent plusieurs entités qui ont toutes en commun l'absence de lésion ou de pathologie pouvant expliquer les symptômes digestifs [2] [3]. Cette maladie est chronique, toujours bénigne et sans aucune altération de l'état général [4]. Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est un sous groupe des colopathies fonctionnelles qui fait partie de la classification de Rome III utilisée après 2006. Les critères Rome II/ Rome III sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Rome II	Rome III
<p>Survenue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au moins 12 semaines, non nécessairement consécutives, au cours des 12 derniers mois. <p>Caractérisation par au moins 2 des 3 critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - amélioration avec la défécation - survenue associée à une modification de la fréquence des selles - survenue associée à une modification de la forme des selles 	<p>Survenue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au moins 3 j/mois au cours des 3 derniers mois. <p>Caractérisation par au moins 2 des 3 critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - amélioration avec la défécation - survenue associée à une modification de la fréquence des selles - survenue associée à une modification de la forme des selles <p>* Ces critères sont définis sur les 3 derniers mois pour des symptômes devant évoluer depuis plus de 6 mois.</p>

Le SII se définit par un inconfort abdominal ou des douleurs. Des sensations de ballonnement ou un météorisme visible peuvent être fréquemment associés. La gravité des symptômes est variable et peut nuire significativement à la qualité de vie de la personne.

b) Epidémiologie

Les Troubles Fonctionnels Intestinaux (TFI) touchent environ 15 à 20% de la population mondiale [5] ce qui représente le premier motif de consultation en médecine générale et en gastro-entérologie. Dans la plupart des cas, il s'agit d'un syndrome de l'intestin irritable. Le sexe féminin est en majorité touché (sex-ratio = 2) avec un pic d'apparition des premiers symptômes vers l'âge de 30 ans. Ces personnes présentent une personnalité anxieuse, dépressive voire névrotique.

c) Physiopathologie

La médecine a trouvé des explications multifactorielles aux TFI [6]. Il a ainsi été observé chez ces patients :

Une hypersensibilité viscérale :

Les patients présentent un seuil de douleur à la distension abdominale inférieur à la moyenne. Des hypothèses ont été avancées pour expliquer cette hypersensibilité. En premier lieu, on retrouve une anomalie dans l'intégration corticale de la douleur. En effet, une distension rectale entraîne, chez ces patients, l'activation de différentes zones cérébrales dont le cortex préfrontal, le cortex orbito-frontal, le cortex cingulaire antérieur et la région insulaire qui seraient reliés constituant un réseau neuronal de la viscéroperception [7]. Ces zones sont impliquées dans le contrôle de la douleur en général et dans le contrôle des émotions et du système nerveux autonome. Dans un deuxième temps, on décèle une hyperexcitabilité des neurones nociceptifs de la moelle. Ces phénomènes de sensibilisation centrale, similaires à ceux décrits dans les douleurs d'origine somatiques, font intervenir des récepteurs N-méthyl D aspartate (NMDA), qui contribuent à amplifier la douleur [8]. Cette hypersensibilité pourrait aussi être due à des facteurs endogènes du tronc cérébral. Enfin, cela pourrait entraîner un possible développement sur le long terme d'une hyperalgie due au remaniement neuroplastique qui résulte du changement permanent ou semi permanent des réponses neurales à une stimulation viscérale chronique [2].

Des troubles de la motricité intestinale :

On retrouve une augmentation du péristaltisme en cas de diarrhée et une diminution en cas de constipation. Les enregistrements de l'activité contractile du colon transverse, descendant et du sigmoïde montrent que le pic d'amplitude de propagation des ondes de contraction chez les personnes diarrhéiques atteintes du SII est bien plus élevé que chez un sujet sain. On remarque, associé à cela, un transit colique rapide accompagné de douleurs abdominales.

Des troubles psychologiques :

L'anxiété, le stress, la dépression et l'abus sexuel dans l'enfance représentent des facteurs de risques [9] [10].

Une diminution de l'immunité intestinale avec micro-inflammation :

Ces anomalies peuvent contribuer à des sécrétions anormales de l'épithélium et à une hypersensibilité viscérale [11]. Des études cliniques ont prouvé une accentuation de la perméabilité intestinale chez les personnes atteintes du SII [12] [13]. De plus, l'anxiété peut entraîner une augmentation du relâchement de cytokine pro-inflammatoire et notamment de l'IL-6 et l'IL-8 ainsi qu'une réponse au stress anormal de l'axe hypothalamo-hypophysaire [14], ce qui peut aussi altérer cette perméabilité viscérale.

Les suites d'une gastro-entérite aiguë [15] [16] :

Elles pourraient perturber la fonction sensitivo-motrice du tube digestif et être à l'origine de 15 à 20% des TFI. Les risques favorisant l'apparition d'un SII après une gastro-entérite aiguë sont dans l'ordre d'importance : la durée initiale de la maladie prolongée chez un patient stressé [17], la toxicité de la bactérie souche, le tabac, les marqueurs muqueux de l'inflammation, le genre féminin, la dépression, l'hypochondrie et un évènement négatif sur une période de 3 mois précédant l'infection.

Une altération de la flore intestinale :

Une grande quantité de petites bactéries intestinales envahissent le tube digestif dans le SII. Des études ont trouvé des différences entre les molécules décrites dans le microbiote intestinal (ensemble des bactéries contenues dans l'intestin) chez une personne souffrant du SII par rapport à celles trouvées chez un sujet sain [18]. Plusieurs bactéries avec la séquence *Lactobacillus* [19] sont absentes chez les personnes atteintes du SII, et avec les séquences *Collinsella* [2], ils sont grandement réduits sur ce groupe de personnes. A l'heure actuelle, on ne sait pas trop si ces différents changements sont la cause, la conséquence ou simplement le résultat de la constipation et de la diarrhée.

d) Traitement médical et ostéopathique

Traitement médical :

Il est constitué d'un traitement médicamenteux symptomatique [20] [21] qui comprend un antispasmodique ou des probiotiques pour la douleur [22] [23] [24], du charbon activé pour les ballonnements, des laxatifs en cas de constipation ou des ralentisseurs du transit à prendre à heure fixe en cas de diarrhée, et d'antidépresseurs [25] [26]. Cependant on constate toujours l'absence de traitement de référence.

Une psychothérapie, de l'hypnose, [27] ainsi que des mesures hygiéno-diététiques telles que l'exercice physique régulier ou des conseils nutritionnels sont fréquemment associés.

Traitement ostéopathique [28]:

Le protocole de traitement consiste en une série de manipulations ayant pour but de rétablir une motricité intestinale normale afin d'obtenir une meilleure régulation du transit, une diminution du météorisme abdominal et une atténuation de la douleur. Les techniques ont une visée de régulation mécanique afin d'améliorer à la fois la mobilité et la motilité des organes concernés [29]. Celles ci sont essentiellement basées sur l'œuvre de Jean Pierre BARRAL [30]. D'autres manipulations auront un but de régulation neurovégétative du système digestif [31] [32]. Ces dernières (moins nombreuses) sont plus basées sur des techniques décrites par William Garner SUTHERLAND [33]. Les techniques ostéopathiques visent à soulager les congestions lymphatiques et veineuses dans le transit intestinal [34] [35], ainsi qu'à traiter les dysfonctions somatiques associées [36] [37] [38].

-II- Matériels et méthodes

1-Matériels

a) Le Lieu

L'expérimentation a lieu au sein de l'hôpital Avicennes à Bobigny en Seine-Saint-Denis. Nous sommes supervisés par le Docteur Michel BOUCHOUCHA ainsi que le Professeur Robert BENAMOUZIG au sein du service d'hépatogastro-entérologie de cet établissement.

b) Population d'étude

Les patients ont été sélectionnés par Docteur BOUCHOUCHA, ceux ci présentent tous un syndrome de l'intestin irritable diagnostiqué par celui ci. Ces patients ont effectué les examens complémentaires nécessaires avant notre intervention. Chaque patient ne présente rien aux examens complémentaires ne pouvant expliquer leurs symptômes viscéraux.

c) Critères d'inclusions

Les patients qui sont inclus dans l'étude présentent tous ces critères :

- un score supérieur ou égal à 5 sur l'échelle EVA pour le météorisme.
- un score supérieur ou égal à 5 sur l'échelle EVA pour la douleur abdominale.
- un âge compris entre 18 et 80 ans

Le nombre peu élevé de critères s'explique par le fait que cette pathologie n'a pas de cause définie connue. C'est pourquoi, une sélection avec des critères étendus nous a semblé pertinente pour cette expérimentation ostéopathique.

d) Critères de non inclusion

Les patients présentant des symptômes abdominaux s'expliquant aux examens ou par toutes autres raisons ne sont pas inclus.

Les femmes enceintes ou se retrouvant enceinte au cour de l'étude sont exclues.

Les personnes présentant une altération de l'état général au cour du protocole se retrouveront également exclues.

Seuls les patients présentant les critères ci dessus sont acceptés

e) Randomisation

Chaque praticien se verra attribuer un nombre identique de patient.

Une fois les patients sélectionnés, ils seront divisés en deux populations différentes :

- a) Une population qui recevra le protocole de tests et traitement ostéopathique
- b) Une population recevant un traitement placebo.

La répartition entre les deux groupes a été effectuée de manière aléatoire.

Les praticiens mimeront dans le même ordre les protocoles de test et traitement ostéopathique sans réaliser les techniques.

Le but de mimer les techniques vient du fait que, dans le protocole, il peut arriver que deux patients reçoivent les traitements dans une même salle. De ce fait, ceux-ci peuvent faire parti d'une population différente. Pour que ceux-ci ne se rendent pas compte de la différence des traitements entre populations, nous avons décidé de faire, pour les deux populations, des protocoles identiques. Il s'avèrera lors de l'expérimentation que ce choix aura été pertinent car nous avons vécu ce cas de figure plusieurs fois.

2-Méthode

a) Questionnaire

Chaque patient a rempli une feuille nous permettant d'évaluer sur une échelle EVA de 1 à 10 (voir annexe 1), les symptômes suivants :

- La douleur abdominale
- Le météorisme
- La diarrhée
- La constipation

Par la suite un dessin représentant un abdomen divisé en 9 cadrans leur est donné (voir annexe 2).

Dans la même logique, chaque patient doit mettre dans chacun des 9 cadrans abdominaux un chiffre entre 1 et 9 en fonction de la douleur abdominale ressentie.

b) Tests

Test angle de liaison

Patient debout

Praticien debout derrière patient

Patient regarde droit devant.

Le praticien met une main au-dessus de la tête du patient et demande au patient de fermer les yeux

Si patient part en avant > origine viscéral

Si patient part en arrière > origine articulaire



Test fascial thorax et abdomen

Patient debout

Praticien place une main face antérieure du haut du thorax et l'autre en regard de celle-ci sur le dos

Le praticien regarde si les mouvements faciaux transversaux sont homogènes

Le praticien reproduit le test en haut de l'abdomen et en bas de l'abdomen/pelvis.



Test articulaire du rachis dorsale et lombaire assis

Patient assis en bord de table, les mains croisées sur les épaules

Praticien debout derrière le patient

Le praticien englobe les coudes du patient avec un bras et avec l'autre main prend contact sur les épineuses à tester.

Le praticien test dans les 3 plans de l'espace la mobilité de chaque étage articulaire c'est à dire en :

Flexion / extension (plan sagittal)

Rotation droite et gauche (plan horizontal)

Side droite et gauche (plan frontal)



Test du diaphragme

Patient en décubitus dorsal, genoux fléchis

Praticien debout à hauteur du bassin du patient, s'oriente en direction céphalique

Le praticien place ses deux pouces sous les deux hémis coupoles diaphragmatique du patient

Le praticien demande une ample inspiration suivie d'une expiration et évalue la mobilité de chaque hémi coupole lors de ces deux temps respiratoires.



Test des 9 cadrans abdominaux :

Patient décubitus dorsal, genoux fléchis

Praticien debout a hauteur de l'abdomen du patient

Le praticien palpe les 9 cadrans abdominaux afin d'évaluer si l'un ou plusieurs cadrans présentent une hypertonie

Tests des mouvements respiratoires des organes

Patient décubitus dorsal, genoux fléchis

Praticien debout a hauteur de l'abdomen du patient

Le praticien place sa main au milieu de l'abdomen très globalement et apprécie les mouvements abdominaux lors chaque inspiration et expiration.

Par la suite le praticien se placera sur chaque partie du colon globalement et évaluera de la même manière si les mouvements coliques ont une bonne amplitude lors de chaque temps respiratoire.



Tests des ligaments

Patient décubitus dorsal, genoux fléchis

Praticien debout a hauteur de l'abdomen du patient

Le praticien repère les deux organes/viscères sur lesquels s'insèrent les ligaments qu'il souhaite tester.

Le praticien va bloquer une des deux extrémités du ligament et l'autre extrémité recevra le contact de la main palpatrice

Lors de l'inspiration du patient, le praticien accompagnera le mouvement avec la main palpatrice et l'autre main maintiendra le viscère

Lors de l'expiration le praticien empêchera le viscère d'effectuer son retour avec la main palpatrice et évaluera par à-coup l'élasticité du ligament

c) Traitement

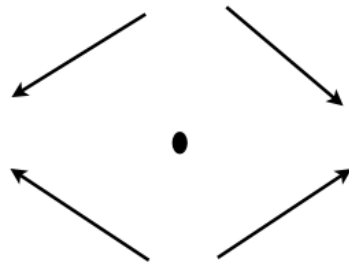
Traits tirés en décubitus dorsal

Patient décubitus dorsal

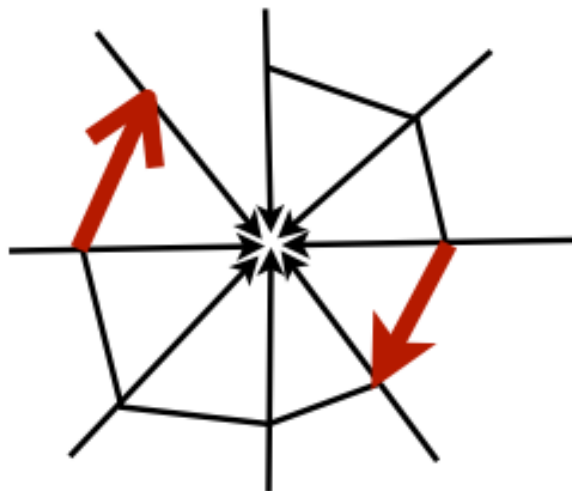
Praticien debout, à hauteur de l'abdomen du patient

1ère étape: Le praticien place son pouce sur le plexus solaire et avec son autre pouce glisse le long des rampes sous chondrales des 2 cotés.

Par la suite, le praticien fait de même en partant du pubis jusqu' aux flancs droit et gauche



2ème étape: Le praticien part du processus xiphoïde avec son pouce et redescend jusqu'au nombril. Il fera de même en partant dans le sens des aiguilles d'une montre de chaque extrémité de l'abdomen jusqu' à revenir au niveau du processus xiphoïde



3ème étape: Le praticien part du processus xiphoïde et va aller jusqu'au pubis en contournant le nombril, le long de la partie médiane de l'abdomen



Grande manœuvre abdominale

Patient décubitus dorsal, genoux fléchis

Praticien debout, à hauteur des épaules du patient, orienté caudalement

Le praticien englobe la masse abdominale en prenant appui sur le bord supérieur du pubis

En cas de ptose, le praticien élève la masse abdominale sur un temps expiratoire et l'abaisse sur un temps inspiratoire

En cas d'hypertonie abdominale, le praticien élève la masse abdominale sur un temps inspiratoire et l'abaisse sur un temps expiratoire



Traitement petit omentum (ligament gastro-hépatique)

Patient décubitus dorsal, genoux fléchis

Praticien debout, à gauche du patient, à hauteur de l'abdomen du patient

Le praticien place le pouce de sa main gauche sous la rampe chondrale droite afin de bloquer le foie

Les doigts de sa main droite viennent s'appliquer en regard de la petite courbure de l'estomac, perpendiculairement au pouce de la main gauche

Le praticien effectue une traction en écartant les mains à la fin du mouvement expiratoire.



Traitement grand omentum :

Patient décubitus dorsal, genoux fléchis

Praticien debout à hauteur du bassin du patient

Le praticien prend globalement la masse abdominal entre ses 2 mains et tracte vers l'avant du patient à droite et gauche

Si restriction mobilité on se met du côté restreint et on tracte vers l'avant.



Traitement du diaphragme

Patient en décubitus dorsal, genoux fléchis

Si dysfonction d'inspiration :

Praticien debout à hauteur du bassin du patient, s'oriente en direction céphalique

Le praticien place ses deux pouces sous les deux hémicoupoles diaphragmatiques du patient

Lors de l'inspiration du patient il empêche l' héli-couple en dysfonction de descendre à l aide de son pouce

Lors de l'expiration il va tenter d'élever l' héli-couple en dysfonction

Si dysfonction d'expiration :

Praticien à la tête du sujet, orienté caudalement

Le praticien place ses 2 mains sur le sternum du patient et lors de l'expiration va appuyer en arrière en en bas. Le praticien répète cela trois fois, lors de l'inspiration suivante le praticien exerce un recoil



Traitement des ligaments

Patient décubitus dorsal, genoux fléchis

Praticien debout a hauteur de l'abdomen du patient

Le praticien repère les deux organes/viscères sur lesquels s'insère les ligaments qu'il souhaite tester.

Le praticien va bloquer une des deux extrémités du ligament et l'autre extrémité recevra le contact de la main palpatrice

Lors de l'expiration le praticien empêchera le raccourcissement du ligament et tentera de gagner dans le sens de l'allongement de celui-ci

Traitement racine mésentère

Patient décubitus dorsal, genoux fléchis

Praticien debout, à droite du patient, à hauteur du bassin

Le praticien place son pouce droit dans l'angle duodéno-jéjunal pour faire un point fixe

Avec les quatre doigts de sa main gauche, le praticien repère la partie médiale du caecum et crochète celle-ci

Lors de l'inspiration, le praticien accompagne la rotation externe du caecum et garde un point fixe au niveau de l'angle duodéno-jéjunal. Le praticien maintient son gain lors des phases expiratoires

Lorsque l'on ne peut plus gagner et que la tension est maximale, le praticien effectue des secousses vers la fosse iliaque gauche



Désinvagination iléo-caecale

Patient décubitus latéral gauche, genoux fléchis

Praticien derrière le patient

Le praticien soulève avec sa main droite la masse gastro-intestinale, repère avec la main gauche la valvule iléo-caecale et la crochète

Le praticien place le pouce de sa main droite sur la valvule iléo-caecale en regard de la main gauche

Lors de l'inspiration le praticien accompagne le caecum en rotation externe tout en maintenant avec sa main droite la valvule iléo-caecale

Lors de l'expiration, le praticien maintient la rotation gagnée précédemment du caecum et à l'aide de son pouce droit tracte l'iléon vers la fosse iliaque gauche

Une fois terminé, le praticien récupère la masse gastro-intestinale avec sa main droite tout en continuant à maintenir la pression avec son pouce droit sur la valvule iléo-caecale. Ensuite, il relâche le pouce droit, puis la main gauche relâche le caecum. Pour finir, le praticien relâche la masse gastro-intestinale



Traitement caecum

Patient décubitus dorsal, genoux fléchis

Praticien debout à gauche du patient

Le praticien bascule les genoux du patient à 90° vers lui, les jambes du patient reposent sur la cuisse droite du praticien

La main gauche du praticien se place face latéral de l' héli-thorax droit

La main droite crochète avec ses quatre doigts la face médiale du caecum (main en pronation et le coude est plus bas que la main)

Lors de l'inspiration la main, gauche amène, l'héli thorax vers l'avant et la main droite pousse le caecum en rotation externe.

Lors de l'expiration le praticien relâche l'héli-thorax, maintient le caecum en rotation externe et fait une pression vibrante sur la face médiale du caecum



Traitement colon ascendant

Patient en décubitus dorsal, genoux fléchis

Praticien debout à gauche du patient

Le praticien bascule les genoux du patient à 90° vers lui, les jambes du patient reposent sur la cuisse droite du praticien

La main droite se place face latérale de l'hémi-thorax

Le pouce gauche se place dans l'angle colique droit et les doigts de cette même main crochètent la face postérieure du colon ascendant

Lors de l'inspiration, le praticien amène le colon en rotation externe et l'hémi-thorax vers lui

Lors de l'expiration, le praticien amène le colon ascendant en rotation interne et relâche l'hémi-thorax

Le praticien commence la technique au niveau de l'angle colique droite et redescend le long du colon ascendant



Traitement fascia Toldt droit

Patient décubitus dorsal, genoux fléchis

Praticien debout, à droite du patient, à hauteur de l'abdomen du patient

Le praticien place le pouce de sa main gauche dans l'angle colique droit La main droite crochète le caecum à quatre doigts

Lors de l'inspiration, le praticien effectue une rotation externe du caecum ainsi qu'une rotation externe et élévation de l'angle colique droit

Lors de l'expiration, le praticien effectue des élévations et abaissements du colon ascendant en saccade



Traitement angle colique droit

Patient décubitus dorsal

Praticien debout, à gauche du patient, à hauteur de l'abdomen du patient

Le praticien prend le flanc droit avec la main gauche et place son pouce gauche dans l'angle colique droit

Le pouce de la main droite se place également dans l'angle colique droit parallèle au colon transverse

Les deux pouces se collent par l'intermédiaire de leurs faces dorsales

Lors de l'inspiration, le praticien bloque la fermeture de l'angle

Lors de l'expiration, le praticien ouvre l'angle à l'aide de ses deux pouces



Traitement colon transverse

Patient décubitus dorsal, genoux fléchis

Praticien debout, à hauteur de l'abdomen du patient

Le praticien place son pouce droit dans l'angle colique gauche

Le pouce de sa main gauche se place dans l'angle colique droit

Lors de l'inspiration, le praticien élève les deux angles coliques et effectue une rotation externe de ceux-ci

Lors de l'expiration, le praticien maintient le gain

Lorsque le praticien est en tension maximale, il effectue des saccades de droite à gauche pour étirer le mésocolon transverse



Traitement angle colique gauche

Patient décubitus dorsal

Praticien debout, à droite du patient, à hauteur de l'abdomen du patient

Le praticien prend le flanc gauche avec la main droite et place son pouce droit dans l'angle colique gauche

Le pouce de la main gauche se place également dans l'angle colique gauche parallèle au colon transverse

Les deux pouces se collent par l'intermédiaire de leurs faces dorsales

Lors de l'inspiration, le praticien bloque la fermeture de l'angle

Lors de l'expiration, le praticien ouvre l'angle à l'aide de ses deux pouces



Traitement colon descendant

Patient en décubitus dorsal, genoux fléchis

Praticien debout à droite du patient

Le praticien bascule les genoux du patient à 90° vers lui, les jambes du patient reposent sur la cuisse gauche du praticien

La main gauche se place face latérale de l'hémi-thorax

Le pouce droit se place dans l'angle colique gauche et les doigts de cette même main crochètent la face postérieure du colon descendant

Lors de l'inspiration, le praticien amène le colon en rotation externe et l'hémi-thorax vers lui

Lors de l'expiration, le praticien amène le colon descendant en rotation interne et relâche l'hémi-thorax

Le praticien commence la technique au niveau de l'angle colique gauche et redescend le long du colon descendant



Traitement fascia Toldt gauche

Patient décubitus dorsal, genoux fléchis

Praticien debout, à gauche du patient, à hauteur de l'abdomen du patient

Le praticien place le pouce de sa main droite dans l'angle colique gauche

La main gauche crochète le colon sigmoïde à quatre doigts

Lors de l'inspiration, le praticien effectue une rotation externe du colon sigmoïde ainsi qu'une rotation externe et élévation de l'angle colique gauche

Lors de l'expiration, le praticien effectue des élévations et abaissements du colon descendant en saccade

Traitement mésocolon-sigmoïde

Patient décubitus dorsal, genoux fléchis

Praticien debout, à gauche du patient, à hauteur du bassin du patient

Le praticien place son pouce droit partie médiale du sigmoïde

Le pouce gauche se place dans la boucle sigmoïdienne

Lors de l'inspiration, le praticien effectue une rotation externe du colon sigmoïde et l'amène en fosse iliaque gauche avec le pouce droit

Le pouce droit effectue une élévation de la boucle sigmoïdienne

Lors de l'expiration, le praticien maintient le gain obtenu



Traitement de désinvagination colo-sigmoïdienne

Patient décubitus dorsal, genoux fléchis

Praticien à la tête du sujet, au niveau de l'épaule droite

Le praticien place ses quatre doigts de la main droite face médiale du colon sigmoïde

Le pouce de la main gauche se place face se positionne dans l'angle colique gauche et les doigts de cette même main crochètent le colon descendant à sa face postérieure

Lors de l'inspiration, le praticien amène le colon sigmoïde en rotation externe et vers le bas

Il amène l'angle colique gauche vers le haut et le dehors

Lors de l'expiration, le praticien maintient l'écartement vertical et la rotation externe du colon sigmoïde



Traitement des lames sacro-recto-vésico-génito-pubienne :

Patient décubitus dorsal

Praticien debout ou assis à hauteur des cuisses du patient

Le praticien place une main sous le sacrum et l'autre contact les branches pubiennes

1^{ère} étape : Déroulement fascial entre nos deux mains

2^{ème} étape : Le praticien englobe plus fermement avec thénar et hypothénar en sus pubien, on rentre vers la table et céphaliquement, main sacrée tracte sacrum caudalement

3^{ème} étape : En gardant les tractions le praticien demande au patient de serrer les fesses (pour dysfonction nerfs sacrés et comme perte de sensibilité rectale et anale dans Syndrome de l'intestin irritable)

4^{ème} étape : Le praticien demande au patient de faire toucher ses voutes plantaires avec les jambes fléchis (comme mouvement de brasse). Tout en maintenant les tractions on demande sur 3 cycles respiratoires au patient d'étendre ses jambes de plus en plus du 1^{er} au 3^{ème} cycle.

Après ces 4 étapes praticien fait une écoute pelvienne



Déroulement abdominal

Patient décubitus dorsal

Praticien debout ou assis à hauteur des cuisses du patient

Le praticien place une main sous le sacrum et l'autre globalement sur l'abdomen

Le praticien effectue un déroulement fascial entre ses deux mains

Par la suite le praticien peut déplacer sa main abdominale sur la région abdominale l'attirant le plus pour continuer le déroulement.

Traits tirés en décubitus ventral

Patient décubitus ventral

Praticien debout, à hauteur de l'abdomen du patient

1ère étape: Le praticien place son pouce sur D12 et avec son autre pouce glisse le long des rampes sous chondrales des 2 cotés.

Par la suite, le praticien fait de même en partant des EIPS jusqu' aux flancs droit et gauche

2ème étape: Le praticien part de D12 avec son pouce et redescend jusqu'en L3. Il fera de même en partant dans le sens des aiguilles d'une montre de chaque extrémité de l'abdomen jusqu' à revenir au niveau de D12

3ème étape: Le praticien part de D12 et va aller jusqu'aux EIPS, en longeant les épineuses

Ouverture du foramen jugulaire

Patient décubitus dorsal

Praticien assis à la tête du patient

Le praticien prend l'occiput en coupe avec une main et l'autre prend en prise papillon le temporal du côté à travailler

Le praticien amène l'occiput en extension et le temporal en RI (ADDITION, rotation postérieure et rotation en dehors)

Technique pour libérer un éventuel blocage lors du passage du nerf pneumogastrique dans le foramen jugulaire



TOG dorsales basses et lombaires

Patient décubitus ventral

Praticien debout à hauteur de la zone à traiter

Le praticien place une main sur le sacrum du patient, le pouce de l'autre main va se placer le long des épineuses du patient homolatéral au praticien.

Le praticien va articuler en rotation les vertèbres dorsales basses et lombaires en faisant un mouvement de rolling. Le praticien amène le sacrum vers lui et en même temps pousse les épineuses vers l'extérieur à l'aide de son pouce.

Le praticien effectue cela des deux côtés



-III- Résultats

1-Présentation des résultats par patients

Notre étude expérimentale a porté sur un groupe placebo de 17 patients et sur un groupe traitement ostéopathique de 20 patients (11 patients ont été déclarés perdus de vue).

La communication des résultats des différents patients a été effectuée sous forme d'un tableau récapitulatif en fonction de leur praticien. Le traitement 0 correspond au traitement ostéopathique tandis que le traitement 1 correspond au placebo. L'opérateur 1 correspond à la praticienne JEZIORNY et le 2 correspond au praticien SAUVEBOIS. Dans l'ordre du tableau, les lettres signifient :

T : Traitement

S : Séance

O : Opérateur

C : constipation

D : Diarrhée

M : Météorisme

D A : Douleur Abdominal

Les cases où les données n'apparaissent pas signifient que la personne ne s'est pas présentée à son rendez vous.

Nom	Prénom	T	S	O	C	D	M	DA	S	C	D	M	DA	S	C	D	M	DA
R	MARIE JEAN	0	1	1	0	6,4	7,8	7,5	2	0,3	7,9	2,9	2,2	3				
R	MARIE	0	1	1	9,1	0,7	8,82	9,6	2	8,2	1,5	7,6	7,5	3	8,8	0	8,8	8,2
B	DENISE	0	1	1	0,7	8,5	5	5,3	2	6,9	1	7,8	1,6	3	0,6	0,7	2,4	1,8
L F	CORRINE	0	1	1	6,6	8,1	8,4	7,2	2	4,8	6,2	2,3	3,2	3	1	8,9	0,9	0,9
C	MARIE MADE	0	1	1	0,3	0,3	9,2	5,1	2	0	0	0,9	0,7	3	0	0	4,1	5,9
V	AMELIE	0	1	1	0,3	0,3	1,6	1,8	2	1,2	0,3	0,6	1	3	0,3	0	0	0,7
M	JACQUELINE	0	1	1	9	0,7	8,2	6	2	8,7	0,6	7,3	4,4	3	9	0,8	7,5	7,5
Y	MOUFIDA	0	1	1	8,8	1	10	4,7	2	6,6	1,8	5	2,9	3	4,8	0,3	0,4	2,4
L	NACERA	0	1	1	4,9	0,6	4,41	3,4	2					3				
D L	ISABELLE	0	1	1	4,4	0	4,41	0	2	0,3	0,6	0,4	0,6	3	0	0	2,5	2,2
D S	DAMIANA	1	1	1	8,3	0,4	8,8	4,2	2	8,8	0	6,6	7,3	3				
M	NADINE	1	1	1	8,1	0,3	7,8	6,8	2	9,3	0	5,9	3,4	3	9,4	0	8,8	5,1
K	HELENA	1	1	1	9,3	1,9	5,6	7,2	2	5,4	2,9	7,9	7,4	3	1,3	3	2,2	8,2
M	JAMILA	1	1	1	6,8	1,6	6,6	7,7	2	4,7	0,4	6,5	7,6	3	4,8	1	5,1	7,9
S	ANNIE	1	1	1	7,4	0	6,2	6,3	2	1,8	0,4	2,3	2,5	3	0	0	0	0
C	ISABELLE	1	1	1	7,1	7,1	10	9,4	2	10	0	4,6	2,1	3	7,6	0	6,3	6,3
K	DANIEL	1	1	1	6,2	6,2	1,6	9,4	2	2,1	2,8	0,8	9,26	3	1,2	1,5	1,6	9
T	EUPHRASIE	1	1	1	8,8	0	7,4	7,9	2	6,7	0	2,6	3,5	3	6,7	0	2,5	2,5
H	DALILA	1	1	1	9,8	0,3	9,5	5,2	2	9,6	0	10	7,5	3	10	0	10	8,4
S	MARIANNA	1	1	1	9,5	0	7,9	4	2	9,4	0	5,6	3,7	3	5,2	1	0,7	1,5
J	ANDREE	1	1	1	0	1,3	0	0	2	0	0	0	1	3				
L	MAURICE	0	1	1	3,3	5,2	7,6	7,6	2	4,6	5,2	4,8	7	3	2,8	5,8	7	7
M	MARIE	0	1	1	0	7,3	4,9	1,8	2	0,4	7,2	3	1,8	3	0	8	5,5	6,9
Nom	Prénom	T	S	O	C	D	M	DA	S	C	D	M	DA	S	C	D	M	DA
D M	ARMELLE	0	1	2	8,1	8,1	8,1	6,3	2	3,8	3,7	7,1	7,4	3	8,1	0,4	3,7	0,7
B	MARGUERITE	0	1	2	7,7	0	1,5	1,2	2	8,2	0	7,6	1	3				
M	FLORENT	0	1	2	2,1	2,1	8,4	6,6	2	1,2	2,2	8,2	8,09	3	5,7	1	2,9	5,1
H	JIHANE	0	1	2	7,6	0	4,9	7,8	2	5,1	0	5,1	8,8	3	9	0	8,5	6,7
B L	FREDERIQUE	0	1	2	10	0	10	10	2	10	0	10	10	3	9	0	9	9
D	MARIE	0	1	2	1	0,4	8,8	9,1	2	0	3,7	0	7	3	0	0	0,9	2,2
L	JEAN PIERRE	0	1	2	2,2	1,3	8,2	8,4	2	0	0	4,2	7,4	3	1,3	0	7,1	8,2
F	ALBERTINA	0	1	2	0,5	0,7	0,5	8,9	2	0	0	2,8	4,4	3	0	0	1,3	1,5
P	NADINE	0	1	2	0,2	6,2	7	5,9	2	0	7,4	9,6	5,6	3	2,2	6,4	7,7	7,7
Y	TAKLI	0	1	2	0	0	4,4	2,9	2					3	0	0	7,3	3,9
L	MAURICE	0	1	2	2,9	0	6,8	5,4	2	6	0,6	9,4	7,21	3	4,9	4,9	7,3	7,9
H	WASSILA	1	1	2	1,8	3,4	9,4	5,4	2	0,3	0,1	9,3	3,4	3				
C	DOMINIQUE	1	1	2	2,2	2,5	2,2	2,2	2	7,3	0,7	7,3	0	3	4,9	0,3	6,9	4,5
L	ETIENISE	1	1	2	9,4	0,7	9	0,9	2	4,4	4,4	6,9	6,9	3	0,7	0,7	8	0
R	ROMAIN	1	1	2	2,1	2,4	7,2	7,4	2	8,8	0	8,1	0	3	2,1	1,3	4,3	1,5
B	SYLVIE	1	1	2	10	0	9,12	9,1	2	3,4	0	6,8	6,47	3	9,4	0	8,7	0
K		1	1	2	2,8	0	7,2	4,7	2	2,1	5,9	3,5	6,3	3	5,3	0	6,3	4,6
T	JACQUES	1	1	2	6,8	0	8,4	8,4	2					3				
G F	ESTELLA	1	1	2	8,1	0	9	7,5	2	5,3	0	7,8	0	3				
L	KAWLAWTE	1	1	2	2,1	0	10	0	2	2,7	2,1	2,2	1,76	3	1,9	0	7	0
M	MIRENE	1	1	2	1,7	1,7	3,8	3,7	2	7,9	3,4	10	10	3	1,6	0	2,6	1,2
L	PATRICK	0	1	2	6,7	2,8	10	10	2	3,1	0	0	2,5	3	8	4	10	9,5
P	LILIANE	1	1	2	9,4	0	7,2	4,6	2					3	9	9	6	6
M	MARIE CLAIR	0	1	2	0	2,7	4,9	5,1	2	4,9	3,9	3,9	3,3	3				
N	ANNE ANGEL	1	1	2	6	3,6	7	7,5	2					3				
P	MARC	1	1	2	1,8	1,6	7,5	1,9	2					3				

Nous avons regroupé sous un deuxième tableau les données correspondant à l'évaluation de la douleur selon les 9 cadrans de l'abdomen.

PR	T	S	O	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	S	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	S	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9
MJ	0	1	1	5	6	5	9	9	9	5	5	5	2	5	5	5	5	7	5	4	5	3										
M	0	1	1	6	6	6	6	6	6	7	7	7	2	9	9	9	9	9	9	9	9	9	3	4	4	4	5	5	5	6	9	6
D	0	1	1	6	7	7	0	0	8	0	8	8	2	8	1	8	3	7	7	3	8	7	3	0	0	0	8	6	7	6	7	6
C	0	1	1	0	6	0	7	7	0	8	7	0	2	0	5	0	0	0	0	0	0	0	3	0	5	0	0	5	0	0	0	0
MM	0	1	1	6	6	6	6	7	6	6	6	6	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	0	0	4	3	6	3	3	3	
A	0	1	1	5	6	5	5	6	5	0	0	0	2	2	3	2	0	0	3	0	0	0	3	0	3	2	3	0	0	0	0	1
J	0	1	1	5	7	5	5	6	5	7	4	5	2	8	6	9	0	5	8	0	0	0	3	1	7	5	7	5	6	2	3	0
M	0	1	1	1	8	8	3	5	6	4	5	5	2	5	8	2	2	7	2	0	4	3	3	0	6	7	0	6	7	3	5	6
NA	0	1	1	5	5	5	0	5	6	5	5	6	2									3										
ISA	0	1	1	0	0	0	0	8	8	0	0	8	2	0	0	0	0	0	0	0	4	2	3	0	0	0	0	0	4	0	0	4
D	1	1	1	0	7	0	7	0	0	0	0	0	2	0	8	0	0	0	0	7	0	6	3									
NA	1	1	1	0	4	0	5	6	4	5	5	2	2	0	0	0	3	3	5	3	3	3	3	0	0	0	3	4	4	1	2	4
H	1	1	1	0	8	0	8	9	8	0	7	0	2	0	7	0	0	8	0	0	6	0	3	0	6	0	0	8	0	0	6	0
J	1	1	1	0	1	7	0	1	7	2	2	8	2	1	2	9	1	4	9	1	6	8	3	1	2	8	1	3	9	2	3	8
A	1	1	1	0	0	0	6	6	6	0	0	0	2	0	0	0	0	4	0	0	4	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ISA	1	1	1	0	9	5	4	4	7	0	8	8	2	0	2	0	0	1	0	0	7	5	3	0	3	0	0	6	0	0	0	0
D	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	3	0	0	0	0	0	0	0	9	0
E	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	4	0	0	0	3	0	0	0	4	0	4	4	5	4
D	1	1	1	0	5	0	1	7	1	2	5	2	2	0	6	0	7	9	3	7	5	3	3	0	3	0	7	5	6	3	5	3
M	1	1	1	2	1	7	2	3	6	5	5	5	2	1	4	3	2	2	5	4	4	5	3	0	0	2	0	0	3	0	2	3
A	1	1	1	0	0	0	0	0	4	0	7	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3									
M	0	1	1	0	0	0	0	5	0	0	6	6	2	0	0	0	5	5	7	5	5	7	3	0	0	0	4	5	6	4	6	6
M	0	1	1	0	4	0	0	2	0	0	2	0	2	0	4	0	3	3	3	3	0	3	3	0	0	0	5	6	5	4	4	4
A	0	1	2	0	6	0	5	7	5	7	7	7	2	5	6	5	6	7	6	7	7	7	3	0	0	0	0	4	0	5	5	5
M	0	1	2	0	0	0	3	0		4	0	0	2	0	0	1	0	4	1	0	0	0	3									
FRE	0	1	2	0	0	0	2	7	2	5	7	5	2	2	2	2	2	2	2	5	9	5	3	0	0	0	1	5	1	1	5	1
J	0	1	2	0	7	3	0	7	7	0	0	0	2	0	7	0	0	5	5	3	3	5	3	0	6	0	0	5	5	0	3	6
FRE	0	1	2	6	2	3	9	2	3	7	6	3	2	0	0	0	7	3	9	7	3	9	3	0	3	0	9	0	4	9	0	4
M	0	1	2	0	0	8	0	0	9	0	0	8	2	0	0	0	7	0	0	0	0	7	3	0	0	6	0	0	0	0	9	
JP	0	1	2	0	0	0	0	0	7	0	0	0	2	0	0	0	0	0	7	0	0	0	3	0	7	0	0	0	0	0	0	0
A	0	1	2	0	0	0	5	3	0	4	2	4	2	0	0	0	2	3	2	7	6	7	3	0	0	0	0	0	0	8	0	8
NA	0	1	2	0	0	0	4	6	7	6	6	9	2	0	0	0	1	8	1	6	5	6	3	0	1	0	0	2	0	7	6	7
T	0	1	2	0	4	0	4	4	4	0	0	0	2									3	7	0	7	7	8	7	0	0	0	
M	0	1	2	4	2	4	5	6	5	5	5	7	2	0	0	0	5	0	0	0	0	0	3	0	0	0	7	4	6	7	4	6
W	1	1	2	0	5	0	0	6	0	0	0	0	2	4	9	4	4	4	4	4	4	4	3									
D	1	1	2	7	9	0	4	4	4	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	8	0	4	4	4	0	0	0
E	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	5	5	4	2	6	2	7	7	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R	1	1	2	0	4	5	0	3	6	3	5	7	2	0	0	0	7	0	7	0	0	0	3	2	2	2	2	0	4	4	7	6
S	1	1	2	8	8	8	8	8	8	8	8	8	2	0	0	0	4	0	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	1	1	2	0	0	0	0	4	0	4	4	4	2	0	0	0	0	0	6	0	6	0	3	0	0	0	4	4	4	4	0	4
J	1	1	2	0	0	0	6	9	6	6	9	6	2									3										

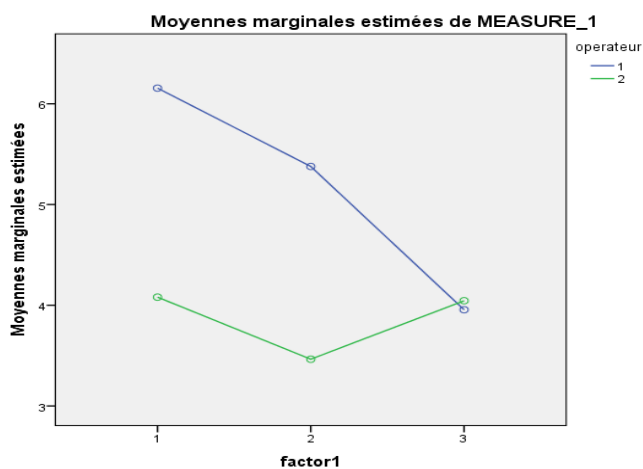
PRENOM	T	S	O	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	S	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	S	D1	
L	1	1	2	0	0	0	5	0	5	0	0	0	2											3	0
MC	0	1	2	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	3	3	6	4	4	4	6	7	4	3		
AA	1	1	2	0	0	0	0	5	0	7	6	7	2											3	
M	1	1	2	0	0	0	0	0	0	2	2	2												3	

2-Synthèse des résultats

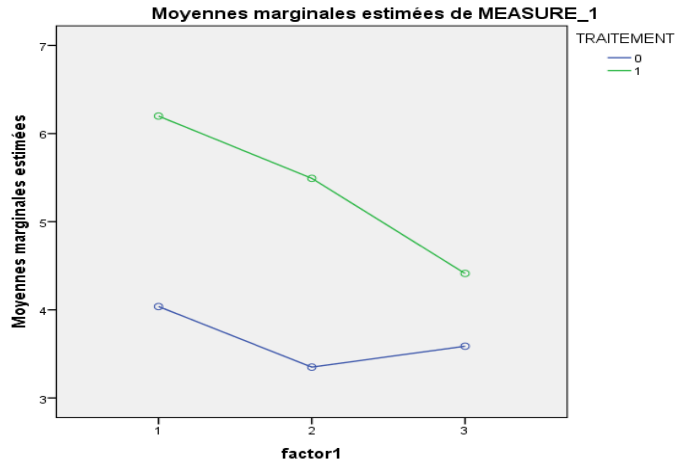
Afin de faciliter la compréhension des résultats, les bio-statistiques effectuées par Mme ATTALI et M. BOUCHOUCHA ont été présentées sous forme de graphique. Les courbes analysent un symptôme donné en fonction de l'opérateur (1= Mlle Jeziorny, ou 2= M. Sauvebois) dans un premier temps et du traitement (0= traitement ostéopathique, ou 1= placebo) dans un second temps. Les abscisses représentent les trois séances durant lesquelles les patients ont reçu leur protocole. Les ordonnées correspondent au calcul des moyennes marginales estimées du symptôme recueilli par les différents résultats de l'échelle EVA.

La constipation

Evaluation de la constipation en fonction de l'opérateur

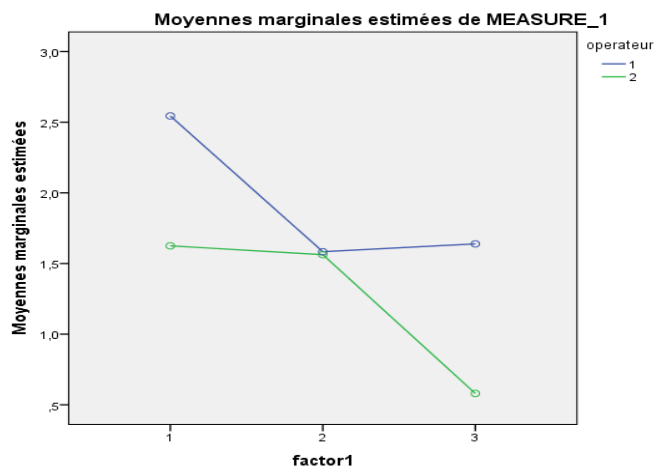


Evaluation de la constipation en fonction du traitement

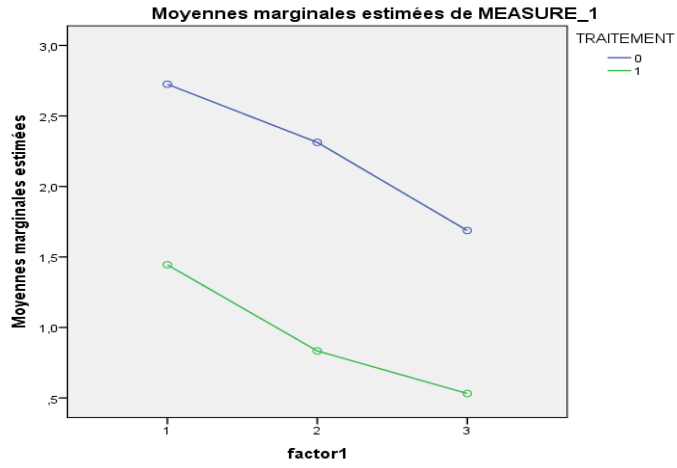


La Diarrhée

Evaluation de la diarrhée en fonction de l'opérateur

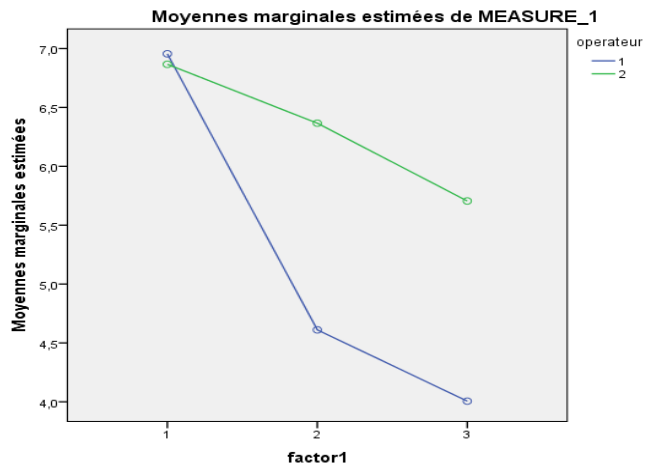


Evaluation de la diarrhée en fonction du traitement

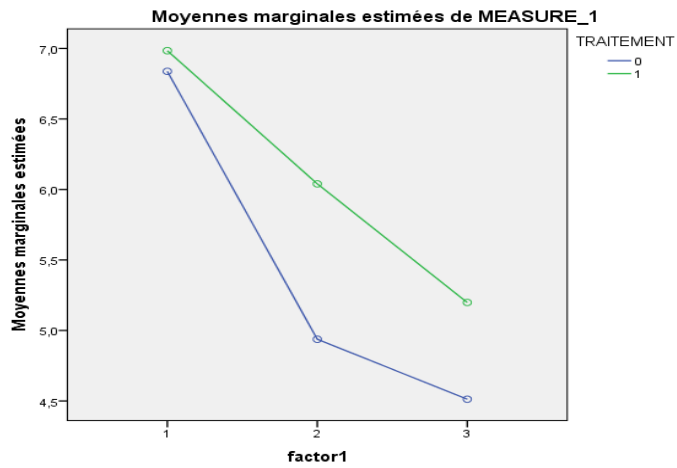


Le Météorisme

Evaluation du météorisme en fonction de l'opérateur :

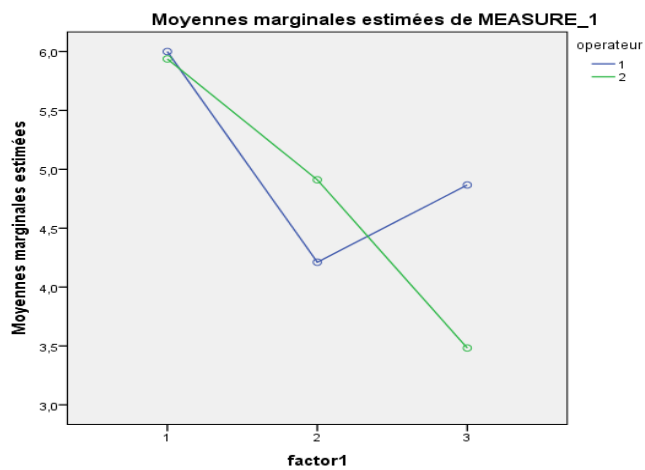


Evaluation du météorisme en fonction du traitement

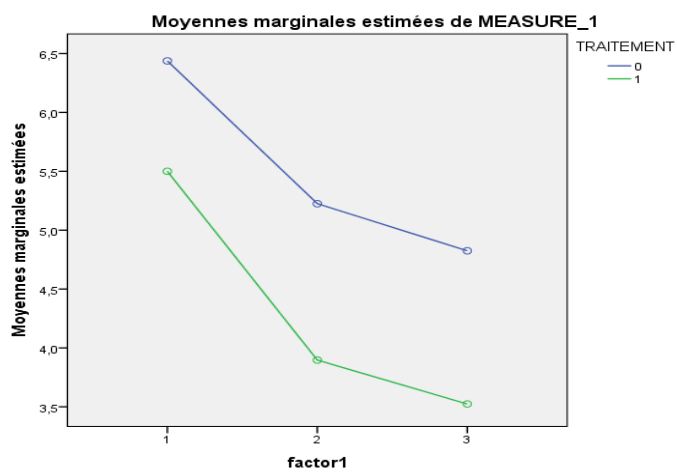


La douleur abdominale

Evaluation de la douleur abdominale en fonction de l'opérateur



Evaluation de la douleur abdominale en fonction du traitement



-IV- Discussion

1-Analyses et commentaires des résultats

Tout d'abord, la différence entre l'efficacité du traitement ostéopathique et celle du placebo n'est pas significative au niveau de la douleur abdominal. Cependant, ces deux traitements ont significativement fait diminuer cette douleur. De plus, on remarque un effet ostéopathe dépendant, sur ce symptôme le praticien 2 obtient une baisse constante de la douleur ce qui n'est pas le cas du premier praticien.

Dans le cas du météorisme, l'écart entre le vrai traitement et le placebo n'est pas significatif. Toutefois le gain obtenu sur ce symptôme est significatif. On note aussi un important écart entre les résultats des praticiens 1 et 2.

Pour la diarrhée, il n'y a pas de différence significative entre les deux traitements et le gain obtenu reste relativement faible.

Enfin, pour la constipation, on constate une différence significative entre le traitement ostéopathique et la manipulation placebo d'une part et entre les deux ostéopathes d'autres part.

En conclusion, le traitement ostéopathique et la manipulation placebo n'ont pas montré de différence significative, excepté dans la constipation où le vrai traitement a eu une meilleure efficacité. On note toutefois, une amélioration considérable des symptômes dans les deux cas. On remarque aussi un important facteur ostéopathe dépendant. En effet, en fonction des symptômes, les résultats obtenus par les différents praticiens sont très disparates.

2-Autocritique de l'étude

Le principal problème relève de l'évaluation purement subjective des patients vis-à-vis de leurs symptômes. Or, la qualité de compréhension rien que de l'échelle EVA par nos patients, a parfois été longue et difficile. Ceci nous a parfois obligés à exclure du protocole des patients qui malgré nos explications ne pouvaient pas remplir le questionnaire selon leur propre objectivité. Pour la compréhension du schéma représentant l'abdomen, c'est même devenu quasiment impossible. En effet, beaucoup de personnes avaient du mal avec les limites de leur abdomen, nous cotant parfois une douleur qu'ils avaient à l'épaule ou à la hanche par exemple. Devant la trop grande difficulté de compréhension de cette

partie, nous avons décidé de ne pas exploiter ces résultats qui nous semblent trop biaisés.

De plus, la longueur du protocole (3 séances espacées de 15 jours) a entraîné l'absence de plusieurs patients à leur dernière séance qui n'ont pas pu être pris en compte pour cette étude.

Nous avons effectué une entorse au protocole fixé en ne revoyant pas les patients au-delà de la 3^e séance pour s'assurer de la stabilité et de la qualité des résultats obtenus.

Nous pouvons aussi faire la critique d'avoir choisi l'option de réaliser un protocole. Les techniques ont été définies dans un ordre qui nous semblait logique mais de manière purement arbitraire. Cela peut tout à fait influencer le résultat du traitement. De plus, un protocole répété ne représente pas une vue très ostéopathique du patient négligeant ici le principe de globalité du corps [39] [40].

Le choix du traitement placebo a pu biaiser les résultats. En effet, comme certains patients de deux catégories différentes se sont parfois retrouvés dans une même chambre, le traitement ostéopathique et le traitement placebo devaient sembler similaires. Par conséquent, le traitement placebo consistait à reproduire les mêmes positions de mains que le vrai traitement mais de manière beaucoup plus superficielle et sans aucune concentration de notre part sur nos mains. Cela a potentiellement pu augmenter l'efficacité du traitement placebo.

-V- Conclusion

Le syndrome de l'intestin irritable est jusqu'à aujourd'hui toujours difficile à expliquer de façon scientifique.

Nous avons donc tenté à l'aide de notre pratique ostéopathique, de contribuer à l'avancée dans la compréhension de ce syndrome. Les résultats sont encourageants car il apparaît clairement que lors de l'intervention d'un praticien, le patient perd environ 3 points pour chaque symptôme au niveau de l'échelle EVA.

Néanmoins, nous avons constaté une grande différence des résultats en fonction du praticien, du traitement apporté, des différents symptômes des patients et de l'intensité de ceux-ci.

Lors de l'élaboration de ce mémoire, nous avons poursuivi le travail de Madame Thu Van ATTALI [41]. Nous avons donc pris en compte l'autocritique de celle-ci et avons appliqué ses recommandations.

Grâce à ces deux travaux différents mais complémentaires, nous pourrions donc envisager de poursuivre ces recherches en prenant en compte nos nouvelles autocritiques ce qui, nous pensons, pourrait donner des résultats plus homogènes et réguliers.

A l'heure actuelle, l'ostéopathie ne fait pas partie du traitement conventionnel du syndrome de l'intestin irritable. Les résultats encourageants nécessiteraient donc de reproduire l'étude en changeant notamment ces points:

- une population plus importante
- un plus grand nombre de praticiens
- un protocole plus global mais dès lors se poserait le problème de la reproductibilité et de l'explication physiologique du traitement
- des antécédents et une histoire similaire de la maladie des patients

Ces points là nous semblent les plus importants à prendre en considération pour un futur protocole, et nous espérons pouvoir contribuer à l'élaboration de celui-ci avec la nouvelle équipe.

-VI- Bibliographie

- [1] Jérémie Lefevre. Hépatogastroentérologie médicale et chirurgicale, Ed Vernazobres-Grego,
- [2] Hépatogastro-Entérologie proctologie, collection pour le praticien, Ed Masson
- [3] Jean-Claude Rambaud. Traité de gastro-entérologie (2^e édition). Ed Médecine Sciences et Flammarion

- [4] Textbook of Gastroenterology, fifth edition, Ed by Tadataka Yamada, vol 1
- [5] Foxx-Orenstein AE, Clarida JC. Irritable bowel syndrome in women: the physician-patient relationship evolving. JAOA 2001; 101 (12): 12-16
- [6] Fauci Kasper Hauser Jameson Loscalzo. Harrison's principles of internal medicine, 18th Ed Longo

- [7] Drossman DA, Li Z, Leserman J, Toomey TC, Hu YJB. Health status by gastrointestinal diagnosis and abuse history. Gastroenterology 1996; 110 : 999-1007
- [8] X. Moisset, D. Bouhassira, D. Denis. Anatomical connections between brain areas activated during rectal distension in healthy volunteers: A visceral pain network. Eur J Pain 2009,
- [9] J.M. Sabaté H. Duboc P. Jouet B. Coffin. Syndrome de l'intestin irritable : Diagnostic, données physiopathologiques et implications thérapeutiques. Table ronde _ Hépatogastro-entérologie
- [10] Bennett EJ, Tennant CC, Piesse C, Badcock CA, Kellow JE. Level of chronic life stress predicts clinical outcome in irritable bowel syndrome. Gut 1998;43 : 256-61
- [11] Benoit Coffin. Hépatogastro vol 17 numéro 1, 95-100, janvier février 2010, compte rendu du congrès
- [12] Spiller RC, Jenkins D, Thornley JP et al. Increased rectal mucosal enteroendocrine cells, T lymphocytes, and increased gut permeability following acute campylobacter enteritis and in post-dysenteric irritable bowel syndrome. Gut 2000; 47 : 804-811
- [13] Zhou Q, Zhang B, Nicolas VG. Intestinal membrane permeability and hypersensitivity in the irritable bowel syndrome. Pain 2009; 146 : 41-46
- [14] Dinan TG, Quingley EM, Ahmed SM, et al. Hypothalamic-pituitary-gut axis dysregulation in irritable bowel syndrome: plasma cytokines as a potential biomarker? Gastroenterology 2006; 130: 304-311
- [15] Neal KR, Baker L, Spiller RC. Prognosis in post infective irritable bowel syndrome: a six year follow up study. Gut 2002;51 : 410-3

- [16] Neal KR, Baker L, Spiller RC. Prevalence of gastrointestinal symptoms six months after bacterial gastroenteritis and risk factors for development of the irritable bowel syndrome: postal survey of patients. *BMJ* 1997;314: 779-82
- [17] Spiller RC. Postinfectious irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2003 ; 124 : 1662-1671.
- [18] Kassinen A, Krogius-Kurikka L, Makivuokko H, et al. The fecal microbiota of irritable bowel syndrome patients differs significantly from that of healthy subjects. *Gastroenterology* 2007; 133: 24-33
- [19] Riita Korpela, Leena Niittynen. Probiotics and irritable bowel syndrome. *FFF Probiotics* 2012
- [20] Bueno L, Fioramonti J, Delvaux M, Frexinos J. Mediators and pharmacology of visceral sensitivity : from basic to clinical investigations. *Gastroenterology* 1997;112 : 1714-43
- [21] Jackson JL, O'Malley PG Tomkins G, Balden E, Santoro J, Kroenke K. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a meta-analysis. *Am J Med.* 2000; 108: 65-72
- [22] Hu K, Vazquez Roque MI, Camilleri M, Stephens D, Burton DD, Baxter K. A randomized controlled trial of a probiotic combination VSL3 and placebo in IBS bloating. *Neurogastroenterol Motil* 2005; 17:687-96.
- [23] Gangloff A, Sofos S, Ducrotté P. Syndrome de l'intestin irritable: nouveautés physiologiques et thérapeutiques. *Hépatogastro* 2007; 14 (5) : 367-382.
- [24] Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology* 2006; 130 : 1377-90
- [25] Leonard R. Johnson *Encyclopedia of Gastroenterology* vol 2, Ed Academic Press, 2004
- [26] Clouse RE. Antidepressants for irritable bowel syndrome. *Gut.* 2003; 52: 598-9
- [27] Blanchard EB, Malamood HS. Psychological treatment of irritable bowel syndrome. *Professional psychology : research and practice* 1996; 27 : 241-244
- [28] Hundscheid HWC, Pepels MJAE, Engels LGJB, Loffed RJLF. Treatment of irritable bowel syndrome with osteopathy : results of a randomized controlled pilot study. *Journal of gastroenterology and hepatology* 2007; 22 : 1394-1398,
- [29] Eric Hedgen. *Osteopathie viscérale principes et techniques.* Ed Maloine
- [30] Jean-Pierre Barral. *Manipulations viscérales 2.* Ed Elsevier/Masson
- [31] Waitley DD. The autonomic nervous system in osteopathic therapy. 1948. *J Am Osteopath Assoc* 2000; 100(10): 653-6
- [32] Northup GW. Influencing the vegetative nervous system through manipulation. 1945. *J Am Osteopath Assoc* 2000; 100(10): 647-52.

- [33] Magoun H. I. Osteopathy in the cranial Field
- [34] Knott EM, Tune JD, Stoll ST, Downey HF. Increased lymphatic flow in the thoracic duct during manipulative intervention. *J Am Osteopath Assoc* 2005; 105 (10): 447-56.
- [35] Degenhardt BF, Kuchera ML. Update on osteopathic medical concepts and the lymphatic system. *J Am Osteopath Assoc*. 1996; 96(2): 97-100.
- [36] Burns L. Viscero-somatic and somato-visceral spinal reflexes 1907. *J Am Osteopath Assoc* 2000; 100 (4): 249-58.
- [37] Sato A. Somatovisceral reflexes. *Journal of Manipulative and physiological therapeutics* 1995; 18 (9).
- [38] Bénédicte Buttet Miquel. *Ostéopathie viscérale : recueil des techniques palpatoires et diagnostiques selon Frantz Glénard*. Ed Sully
- [39] Andrew Taylor Still. *Philosophie de l'ostéopathie*. Ed Sully
- [40] Andrew Taylor Still. *Ostéopathie recherche et pratique*. Ed Sully
- [41] Thu Van Attali. Evaluation d'un traitement ostéopathique appliqué à des patients souffrant du syndrome de l'intestin irritable.

Annexes

Annexe 1 :

Indiquer par un trait vertical l'importance des 4 signes suivants au cours de la semaine écoulée (0= pas de douleur, 9= douleur intolérable)

MINIMUM MAXIMUM

Constipation

MINIMUM MAXIMUM

Diarrhée

MINIMUM MAXIMUM

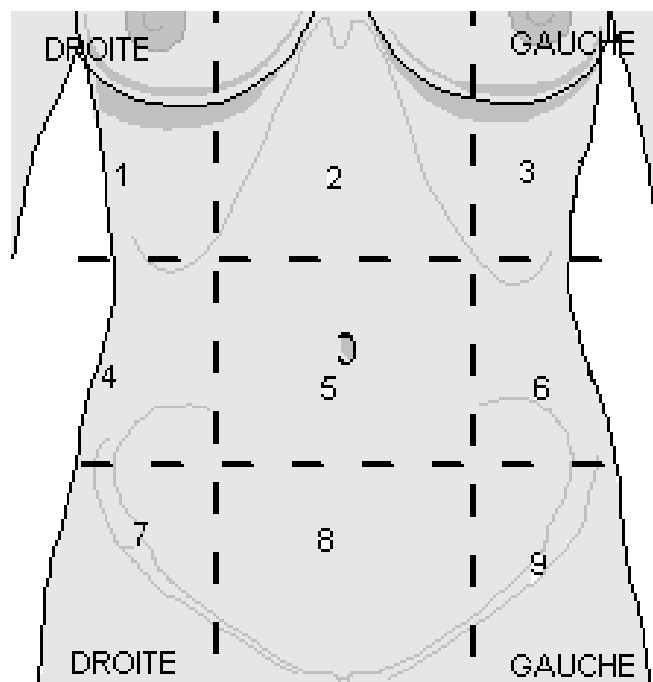
Ballonnements

MINIMUM MAXIMUM

Douleur abdominale

Annexe 2 :

Indiquer par un nombre compris entre 0 et 9 l'importance de la douleur dans chacun des 9 quadrants au cours de la semaine écoulée.



Résumé

Le syndrome de l'intestin irritable demeure une pathologie sans traitement de référence réellement efficace. En partant de ce postulat, nous avons voulu faire une expérimentation sur l'apport de l'ostéopathie dans le traitement de ce syndrome.

Pour ce faire nous avons été accueillis à l'hôpital Avicennes dans le service d'hépatogastro-entérologie pour pouvoir mener à bien cette recherche.

Nos objectifs étaient multiples : tester l'efficacité du protocole de traitement que nous avons élaboré, comparer les résultats de ce même traitement fait par deux personnes différentes ainsi qu'avec un traitement dit «placebo».

Mots clés : syndrome intestin irritable, ostéopathie, placebo, protocole, hôpital.

Abstract

Currently, the irritable bowel syndrome is a pathology with no treatment. Based on this, we wanted to do an experiment that can show what osteopathy could bring in the treatment of this pathology.

To do this we were greeted at Avicennes's hospital in the hepatogastroenterology service to conduct our research.

Our objectives were multiple: to demonstrate the efficiency of the treatment protocol that we have developed, to investigate eventual differences in the results with the same treatment done by two different persons and finally, to compare the osteopathic treatment with a "placebo" treatment.

Key words: irritable bowel syndrome, osteopathy, placebo, protocol, hospital