

Etude de l'effet de manœuvres
ostéopathiques structurelles mises en
œuvre lors de traitement de l'estomac sur
la dermalgie de Jarricot correspondante

CHARPENTIER

Thierry

PROMOTION 2

Année 2010-2011

« Perfectionnez le toucher jusqu'à en faire le Tact, alors l'intelligence remontera de vos mains jusqu'au cerveau »

BERGSON

Remerciements à :

l'équipe pédagogique de Bretagne Ostéopathie
mes patients qui se sont livrés à l'expérience
Agnès



SOMMAIRE

ETUDE DE L'EFFET DE MANŒUVRES OSTÉOPATHIQUES STRUCTURELLES MIS EN ŒUVRE LORS DE TRAITEMENT DE L'ESTOMAC SUR LA DERMALGIE DE JARRICOT CORRESPONDANTE.....		1
1. INTRODUCTION.....		5
2. PROBLEMATIQUE		5
2.1. Les recherches effectuées par le Dr Henri Jarricot		5
2.2. Comment se définissent les dermalgies de Jarricot ?		6
2.3. Utilisation des dermalgies de Jarricot en ostéopathie viscérale.....		8
2.4. Supports anatomiques de la dermalgie de l'estomac.....		8
2.4.1. Moyens de fixité et rapports péritonéaux.....		8
2.4.2. Vascularisation.....		9
2.4.3. Innervation		10
3. HYPOTHESE		10
4. MATERIEL ET METHODE		10
4.1. Matériel.....		11
4.1.1. La population étudiée.....		11
4.1.2. La mesure de l'épaisseur de la dermalgie		11
4.1.3. La mesure de la douleur		12
4.2. Méthode.....		13
4.2.1. Le repérage de la dermalgie.....		13
4.2.2. Mesure de l'intensité de la douleur avant le traitement.....		13
4.2.3. Mesure de l'épaisseur de la dermalgie avant traitement		13
4.2.4. Le traitement.....		14
4.2.5. Mesure de l'intensité de la douleur après le traitement		16
4.2.6. Mesure de l'épaisseur de la dermalgie après le traitement		16
5. RESULTATS.....		17
5.1. Le recueil des données.....		17
5.1.1. Description de l'échantillon		17
5.1.2. Description des données		17
5.2. Analyse des hypothèses.....		18
5.2.1. Analyse du lien entre l'intensité de la douleur et l'épaisseur de la dermalgie.....		18



5.2.2.	Analyse de l'intensité de la douleur et de la taille de la dermalgie avant traitement en fonction de l'âge	18
5.2.3.	Analyse de l'influence du traitement sur l'intensité de la douleur	19
5.2.4.	Influence du traitement sur la taille de la dermalgie.....	20
5.2.5.	Analyse des effets conjugués	21
5.2.6.	Analyse de l'influence de l'intensité de la douleur estimée et de l'épaisseur de la dermalgie avant traitement sur la diminution	21
5.3	Analyse des hypothèses.....	23
6.	DISCUSSION	24
7.	CONCLUSION.....	25
8.	BIBLIOGRAPHIE	26
9.	ANNEXES	27
9.1.	Annexes 1 : Consentement type	27
9.2.	Annexes 2 : Tableaux récapitulatifs des prises de mesures.....	28



1. INTRODUCTION

Lors d'un soin en ostéopathie, il n'est pas rare de devoir traiter le système digestif. De par ses relations mécaniques, neurologiques, vasculaires, l'abdomen est un endroit incontournable lors de notre cheminement thérapeutique [1] [2]. Pour autant, nous n'avons que très peu d'outils pour affiner, guider et objectiver le travail effectué. Il en existe un, utilisé notamment en acupuncture : les dermalgies de Jarricot.

L'étude et la connaissance des caractéristiques de ces dermalgies aidera à la compréhension du travail ostéopathique. Les dermalgies du docteur Jarricot pourraient constituer un outil compatible avec la démarche ostéopathique structurée.

Pour tenter d'amorcer une réponse à ces questions, nous allons étudier l'impact du travail ostéopathique de l'estomac sur la dermalgie de Jarricot correspondante. Plus précisément, il faudra d'une part étudier l'impact de ce travail sur la taille de la dermalgie, sur l'intensité de la douleur provoquée ; d'autre part savoir si ces résultats sont généralisables.

2. PROBLEMATIQUE

Pour étudier les variations possibles de la dermalgie de l'estomac suite à un travail ostéopathique ciblé sur cet organe, il est important de définir le concept et l'utilisation des dermalgies de Jarricot en ostéopathie viscérale.

2.1. Les recherches effectuées par le Dr Henri Jarricot

Le Dr Jarricot (1903-1989) était ostéopathe et acupuncteur. C'est par le biais de l'acupuncture qu'il s'est intéressé aux dermalgies réflexes dont il donne une définition dès 1932, la reliant avec un élément viscéral. La totalité de ses écrits sur le sujet ont d'ailleurs été publiés dans la revue « Méridiens » qui s'adresse prioritairement aux acupuncteurs. Le seul ouvrage mentionné « Précis de Sémiologie viscéro-cutanée » en préparation dans l'article « De certaines relations viscéro-cutanées métamériques en Acupuncture » [3] ne fut jamais fini ni publié.

Tout au long de ses écrits le Dr Jarricot s'appuie sur les travaux de J. Dejerine (neurologue Français, 1849-1917) en ce qui concerne la métamérisation, de Sir Henry Head (neurologue Anglais, 1861-1940) en ce qui concerne l'étude des dermatomes et de Sir James Mackenzie (cardiologue Anglais, 1853-1925) pour ses recherches liées aux réactions des Myotomes accompagnant les processus douloureux viscéraux. Il est à noter que les découvertes, à l'origine de l'étude des dermatomes, se sont faites à partir de la distribution des zones d'éruptions zonateuses, c'est à dire selon une démarche empirique ne s'appuyant, selon la définition, qu'exclusivement sur l'expérience et non sur une théorie. Cela n'entache en rien la validité de cette découverte, puisque, bien des années plus tard, dans son atlas d'anatomie [4] Werner Kahle (Docteur en médecine, membre de l'institut de neurologie Edinger de l'université de Francfort) tente une explication sur la réalité anatomique des découvertes de Head. En effet selon lui « *les fibres sympathiques des ganglions du tronc sympathique qui retournent dans les nerfs spinaux, empruntent les nerfs périphériques vers la peau, où ils innervent dans le dermatome correspondant : les vaisseaux, les glandes sudoripares et les muscles érecteurs des poils...* ». Ainsi conclue-t-il, « *dans certaines zones de la peau, les zones de Head, l'atteinte d'un organe interne peut*



conduire à des douleurs ou à des hypersensibilités et chaque organe est représenté par une zone correspondante... Les zones de Head sont d'un intérêt diagnostique pratique » [4]. Cela ne met pas en évidence pour autant la totalité de l'arc reflexe, en particulier la localisation du centre de ce reflexe. Pour sa part dans la préface du livre d' Yves Mur « La douleur articulaire, dermalgies, auriculothérapie » [5], le Dr Jarricot écrit « ce fut pour moi l'étude d'un demi siècle de recherches de vérifications pour établir la somatotopie aussi précise que possible... il apparaissait ainsi que les dermalgies-réflexes traduisaient le dysfonctionnement d'un organe viscéral, permettant l'analyse de troubles fonctionnels d'un viscère donné sans qu'il y ait de réaction douloureuse spontanée ».

Les recherches faites par le Dr Jarricot s'appuient donc sur des concepts empiriques dont les fondements anatomiques sont encore à découvrir. Tout à fait conscient de cet état de fait, il écrit dans « Les dermalgies réflexes viscéro-cutanées postérieures et organisation nouvelle du méridien principal de vessie » [6], après avoir fait un historique des recherches effectuées sur les dermatomes : « Telle est la filiation de ce problème, dont l'importance clinique à pris progressivement de l'ampleur ».

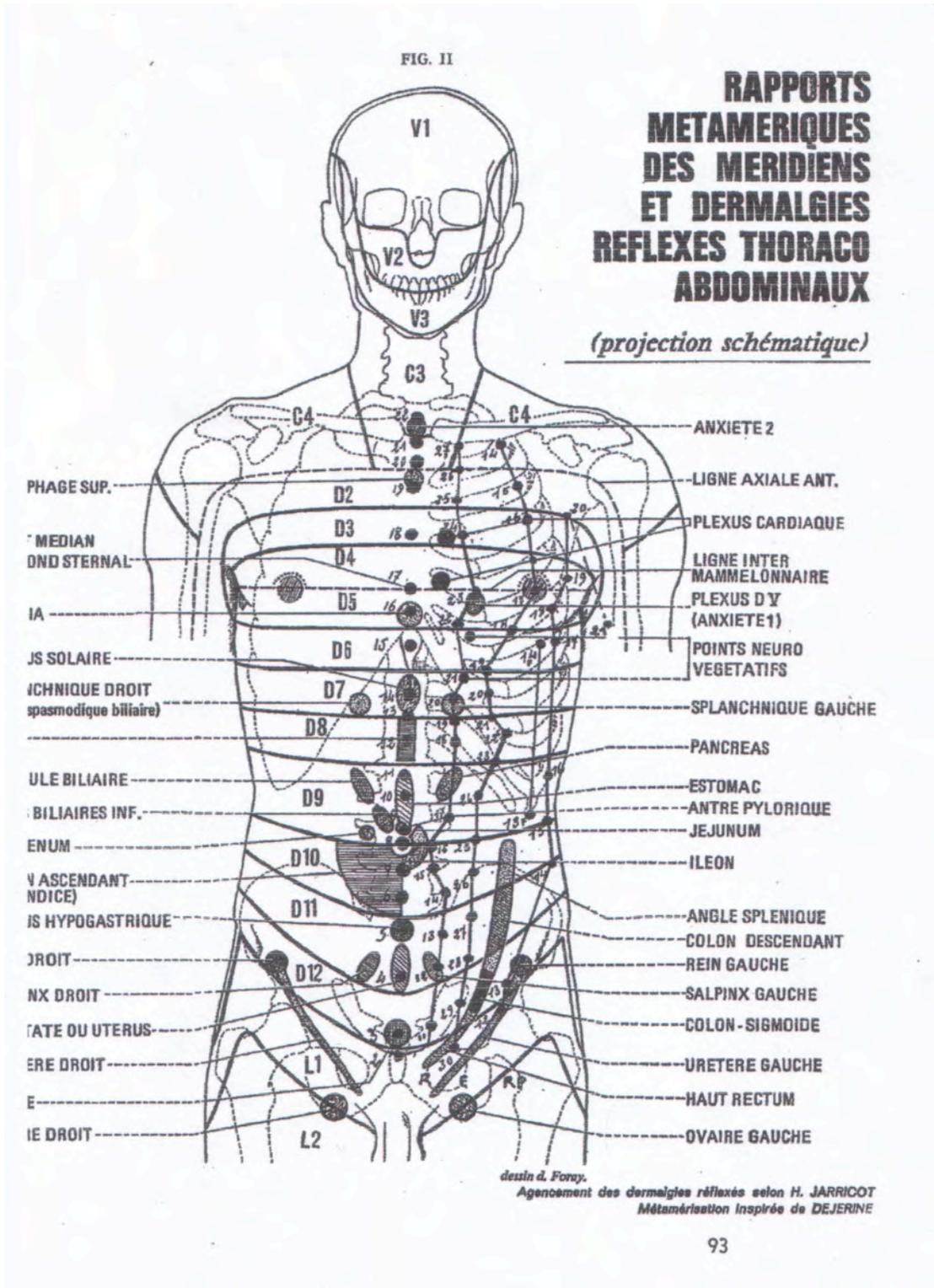
2.2. Comment se définissent les dermalgies de Jarricot ?

Selon l'auteur [6] « une dermalgie-réflexe se situe, dans un dermatome donné, en une zone constante, coïncidant avec la zone d'épanouissement de l'élément vasculo-nerveux perforant : antérieur, latéral, postérieur. Cette somatotopie est constante. La dermalgie réflexe est toujours disposée homolatéralement pour les viscères impairs (ou sur la ligne médiane), symétriquement à droite et à gauche pour les organes pairs... ».

Dans son livre « L'énergie sous les doigts » [7] Robert Courbon, ostéopathe acupuncteur qui fût pendant près de dix ans l'assistant du Dr Jarricot, reprend cette définition, en insistant sur la forme définie des projections au sein du dermatome, correspondant à la zone d'épanouissement de l'élément vasculo-nerveux perforant.



Figure 1



L'explication de la zone de peau susceptible d'être dermalgique (c'est à dire capable de présenter une épaisseur augmentée, une douleur à la palpation) reste très floue. Dans le livre « Thérapie manuelle des zones réflexes du tissu conjonctif » [8] de E. Dicke, H. Schliack, A Wolf, l'explication donnée pour toutes les zones réflexes cutanées s'appuie sur le développement embryonnaire aboutissant à la création de Dermatomes, Myotomes, Entérotomes. Aucun arc reflexe n'est clairement mis au jour.

L'existence d'un inter neurone dans une des couches de Rexed [9], permettant à l'influx nerveux afférent de récepteurs neurologiques situés au niveau de l'organe, de suivre des voies efférentes vers la peau, semble l'hypothèse la plus probable. Aucun travail scientifique n'a pu à ce jour la valider.

2.3. Utilisation des dermalgies de Jarricot en ostéopathie viscérale

Si la dermalgie de Jarricot de l'estomac se modifie de façon significative, suite à un travail en ostéopathie viscérale ciblé, cette hypothèse pourrait permettre l'utilisation diagnostique et l'objectivation du travail effectué, en parallèle avec notre démarche ostéopathique. L'intérêt n'est pas de remplacer notre outil mais de l'enrichir.

2.4. Supports anatomiques de la dermalgie de l'estomac

Cette étude porte spécifiquement sur la dermalgie de l'estomac et il est décrit ici de façon spécifique, les supports anatomiques de cette dermalgie de l'estomac, sans approfondir la physiologie complète de l'estomac et son rôle dans tout le processus digestif.

L'estomac est situé sous le diaphragme, il occupe une grande partie de l'épigastre et une partie de l'hypocondre gauche. Il est situé à l'étage sus méso colique, en haut à droite sous le lobe inférieur du foie, en bas il repose sur le colon transverse et son méso, en dedans le tronc coélique, la rate se situe à sa gauche et le pancréas en arrière. Il est en forme de J majuscule lorsqu'il est rempli, sa capacité est de 1L à 1.5L. Il est formé de trois parties : le fundus ou grosse tubérosité à sa partie supérieure, le corps, et l'antra à sa partie inférieure. Son extrémité supérieure ou cardia fait suite à l'œsophage et son extrémité inférieure est fermée par un sphincter : le pylore à la suite duquel se trouve le duodénum. On distingue deux zones de sécrétion : une sécrétion acide pour le corps et la grosse tubérosité ; une sécrétion alcaline pour l'antra.

2.4.1. Moyens de fixité et rapports péritonéaux

L'estomac est mobile sauf au niveau de son extrémité supérieure où il est fixé au diaphragme par le ligament gastro-phrénique.

Au niveau de la petite courbure, il est relié au hile du foie par le petit épiploon. C'est dans cet épiploon que se trouvent la coronaire stomacique, le nerf X, le cercle vasculaire de la petite courbure formé par les artères gastriques gauche et droite.

Au niveau de la grande courbure, il est relié à la rate par l'épiploon gastro splénique qui contient les artères gastriques courtes et la portion initiale de l'artère gastro-épiplœique gauche ; au colon transverse grâce au grand épiploon.

Il est aussi maintenu par deux faux vasculaires : la faux coronaire et la faux hépatique. Elles sont des replis péritonéaux soulevés par les artères coronaires stomacique et hépatique qui relient la petite courbure et le duodénum à la paroi postérieure. La faux coronaire ou ligament gastro-pancréatique de Huske est de forme triangulaire, tendue du tronc coélique



au tiers supérieur de la petite courbure. La faux Hépatique ou ligament duodéno-pancréatique est elle aussi de forme triangulaire mais peu saillante.

2.4.2. Vascularisation

Les artères viennent toutes des branches du tronc coeliaque, première branche collatérale viscérale de l'aorte abdominale. Elles constituent trois systèmes ou réseaux (cercle artériel de la petite courbure, cercle artériel de la grande courbure et les artères gastriques courtes).

Le cercle ou système artériel de la petite courbure est formé par les artères gastriques gauche et droite.

L'artère gastrique gauche est l'artère principale de l'estomac :

- Origine : collatérale du tronc coeliaque (T12).
- Trajet : elle dessine une anse concave en bas en soulevant le péritoine. Elle limite en haut le foramen bursae omentalis.
- Terminaison : elle atteint la petite courbure dans sa partie supérieure juste au dessous du cardia et bifurque souvent en une branche ventrale et une dorsale
- Collatérales :
 - nombreuses branches pour la petite courbure se dirigeant vers la face ventrale et dorsale de l'estomac.
 - l'artère œso-cardio-tubérositaire antérieure ;
 - l'artère œsophagienne postérieure
 - l'artère hépatique gauche inconstante

L'artère gastrique droite ou artère pylorique

- Origine : collatérale de l'artère hépatique propre. En effet, l'artère hépatique commune, née du tronc cœliaque se divise au niveau de la portion initiale du duodénum en deux branches, une branche ascendante, l'artère hépatique propre et une branche descendante, l'artère gastro-duodénale.
- Trajet : elle chemine dans le bord caudal du petit omentum. Concave vers le haut, elle limite en bas le foramen bursae omentalis
- Terminaison : le long du bord inférieur de la petite courbure en branches, ventrale et dorsale.
- Collatérale : artère bulbaire pour le bulbe duodéal et branches pour la petite courbure rejoignant les faces ventrale et dorsale de l'estomac. Le cercle artériel de la petite courbure est formé par l'anastomose habituelle mais non constante des branches terminales de l'artère gastrique gauche avec la droite. Il est situé dans le bord médial du petit omentum, tout contre l'estomac.

Le cercle ou système artériel de la grande courbure est formé par les artères gastro-épiplœiques.

L'artère gastro-épiplœique droite est une branche terminale de l'artère gastro-duodénale (en arrière du premier duodénum).

L'artère gastro-épiplœique gauche est une collatérale de l'artère splénique.



Le cercle artériel de la grande courbure est formé par l'anastomose, habituelle mais non constante, des artères gastro-épiploïques droite et gauche. Il est situé dans le ligament gastro-colique, à 2 ou 3 cm de l'estomac. Il donne des collatérales pour la grande courbure de l'estomac.

Les artères gastriques courtes sont au nombre de quatre à six. Ce sont des collatérales des branches terminales de l'artère splénique et de la gastro-épiploïque gauche.

Elles cheminent dans l'épiploon gastro-splénique et sont destinées au fundus.

Les veines sont satellites des artères (une par artère) et vont pour la plupart se jeter dans la veine porte. Au niveau du cardia, elles constituent une anastomose porto cave avec les branches de la veine phrénique inférieure (système cave caudale) et les veines œsophagiennes (système azygos-cave cranial).

2.4.3. Innervation

L'innervation sympathique efférente naît de D6 à D10 et arrive au plexus coeliaque par les nerfs splanchniques. Les rameaux post ganglionnaires accompagnent ensuite le réseau artériel de l'estomac et se terminent dans l'organe.

L'innervation para sympathique vient des deux pneumogastriques. Le pneumogastrique gauche se rend à la partie antérieure de l'estomac, et le X droit à sa partie postérieure. Les nerfs qui vont au canal pylorique et à la première partie du duodénum sont issus des branches hépatiques du pneumogastrique gauche.

Les fibres sympathiques afférentes atteignent la moelle en D7, D8 et D9

Les fibres afférentes parasympathiques remontent par les pneumogastriques.

Les effets du système sympathique sur l'estomac sont l'inhibition du péristaltisme et des sécrétions et la contraction du sphincter pylorique.

Les effets du système para sympathique sur l'estomac sont la stimulation de la sécrétion et du péristaltisme.

3. HYPOTHESE

Le travail ostéopathique de l'estomac diminuerait l'épaisseur et la douleur provoquée au niveau de la dermalgie de Jarricot correspondante, par le biais d'une boucle réflexe dont le centre se situerait dans une des couches de Rexed de D6 à D10.

4. MATERIEL ET METHODE

Nous avons choisi de quantifier les variations d'état de la dermalgie de l'estomac avant et après un travail ostéopathique vertébral et viscéral ciblé sur cet organe. Pour cela nous prendrons les mesures de l'épaisseur de la dermalgie et de l'intensité de la douleur à la palpation avant et après le traitement ostéopathique.



4.1. Matériel

4.1.1. La population étudiée

Cette étude porte sur deux groupes de cinquante sujets volontaires dont l'âge est compris entre 15 et 70 ans. Les sujets sont issus d'une patientèle.

La mesure est effectuée à au moins deux heures des repas, pour éviter toute interaction de la digestion sur l'épaisseur de la dermalgie

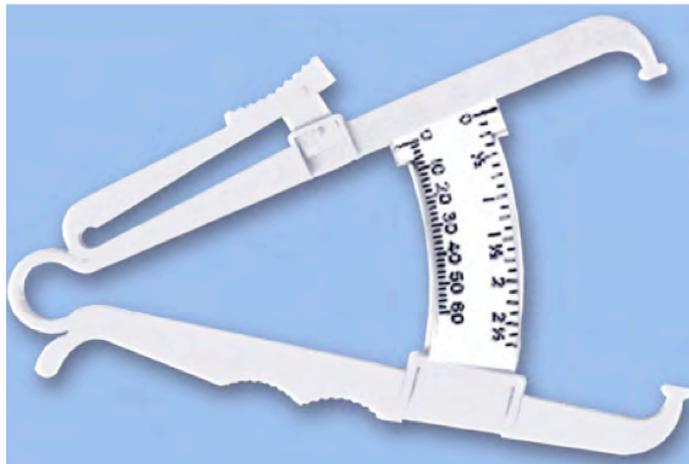
Le critère d'inclusion pour cette étude est la présence d'une dermalgie de l'estomac positive : épaisse, indurée et douloureuse à la palpation. Les patients expriment également une plainte au niveau de l'estomac (brulures, ballonnements, lourdeur post prandiale ...).

Les critères d'exclusion sont les contre-indications aux manipulations vertébrales (fractures, tumeurs, malformations ...). ainsi que toutes les pathologies de l'estomac pouvant être aggravées par un travail ostéopathique viscéral : pathologies hémorragiques ; ulcérations ; cancer ; pathologies congénitales. On retrouve là les contre indications à toute manœuvre ostéopathique lorsque la structure est « usée, cassée, ou mal faite ».

4.1.2. La mesure de l'épaisseur de la dermalgie

Un adipomètre (Figure 2) permet de mesurer avec exactitude l'épaisseur de la dermalgie. Il est constitué de deux branches tel un compas, entre lesquelles se positionne un curseur qui permet de relever la mesure effectuée. Une branche munie d'un petit ergot s'enclenche dans une cavité lorsque la résistance devient trop importante. De cette façon l'intensité de la résistance est contrôlée. Ce système permet de garantir une prise de mesure reproductible et d'éviter une douleur trop importante pour le sujet.

Figure 2 : Adipomètre



L'adipomètre est placé à la moitié de la dermalgie de l'estomac qui selon le schéma (Figure 1) du Dr Jarricot, se situe :

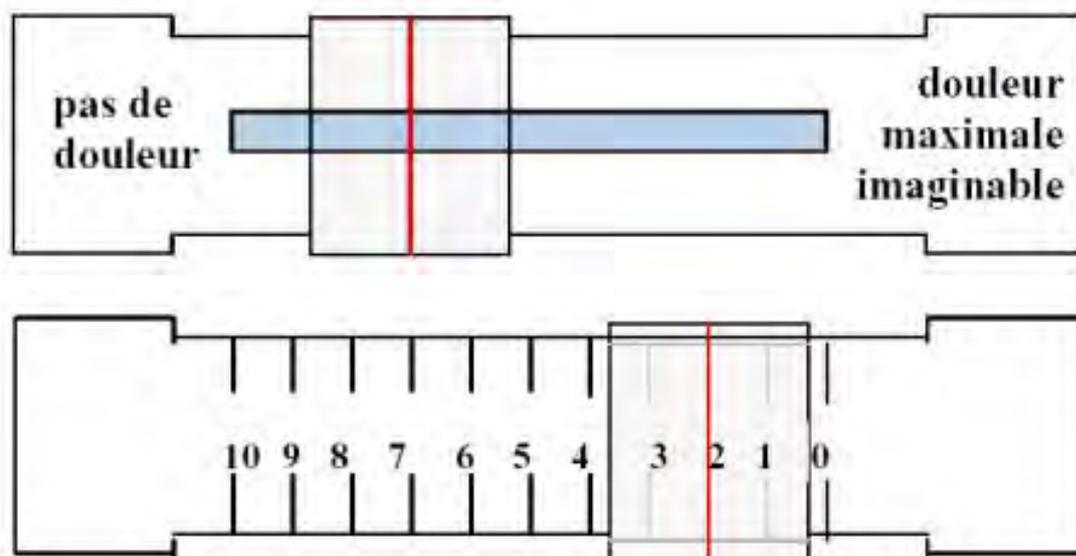
- pour sa limite supérieure en regard de la partie antérieure de la deuxième vertèbre lombaire dans sa moitié inférieure ;
- pour sa limite inférieure en regard de la moitié supérieure de la face antérieure de la troisième vertèbre lombaire.

La mesure de l'épaisseur de la dermalgie s'effectue donc en regard du disque intervertébral L2-L3.

4.1.3. La mesure de la douleur

Par définition la dermalgie n'est pas douloureuse spontanément. La palpation la met en évidence. On utilise alors une échelle visuelle analogique (E.V.A) (Figure 3). Elle permet l'auto-évaluation. Elle est sensible, reproductible, fiable et validée aussi bien dans les situations de douleur aiguë que de douleur chronique. Cette échelle se présente sous la forme d'une réglette à deux faces. Au recto, le patient peut indiquer l'intensité de sa douleur entre « pas de douleur » à « douleur maximale imaginable ». Au verso, le praticien lit une échelle graduée de 0 à 10.

Figure 3 : E. V. A.



L'E.V.A est recommandée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S). La douleur étant pour une partie subjective, en aucun cas cette échelle ne peut être utilisée pour effectuer des comparaisons d'un patient à l'autre.

L'utilisation de l'E.V.A n'est possible que chez les patients communicants et ayant des capacités d'abstraction. Elle ne donne aucune information sur la cause ou le mécanisme de la douleur. [10]

Une explication préalable est faite au patient quant à l'utilisation de l'échelle ainsi qu'une vérification de la compréhension de l'outil (quantification de la douleur, déplacement du curseur dans le bon sens ...).



4.2. Méthode

4.2.1. Le repérage de la dermalgie

Le repérage de la dermalgie se fait avec un sujet allongé sur le dos, les genoux fléchis afin d'éviter toute mise en tension inutile de l'abdomen et garantir ainsi le maximum de confort et de détente. Un coussin sous la tête peut-être proposé pour les patients présentant une hyperlordose cervicale.

Le Docteur Jarricot préconise un protocole dans lequel il effectue la technique du « palper rouler » (Figure 4) permettant selon lui, de mettre en évidence deux signes importants : l'infiltration et la douleur. [3]

Le palper rouler est une technique de massage consistant à créer un pli de peau entre les pouces et les quatre autres doigts des deux mains qui le feront rouler sans lâcher. Il ne s'agit pas de comprimer ni de pincer mais bien de faire rouler ce pli de peau. Ainsi la douleur ressentie par le patient ne proviendra que de la modification de texture de la peau.

Figure 4 : palper rouler



L'infiltration progressive des éléments sous-cutanés ou cellulie réflexe est considérée comme un signe objectif par le Docteur Jarricot. Il recommande de partir d'une zone où la peau et le tissu sous-cutané sont souples, normaux pour se diriger grâce au palper rouler vers la dermalgie, afin de mieux apprécier les variations de l'empâtement sous-cutané. Il s'agit donc de mettre en évidence la variation de l'épaisseur du pli de peau.

4.2.2. Mesure de l'intensité de la douleur avant le traitement

La douleur est un signe subjectif. Elle apparaît lors du palper rouler au niveau de la dermalgie. Lorsque les mains du thérapeute arrivent en regard du disque intervertébral L2L3, le patient fait coulisser la réglette le long de l'échelle allant de « pas de douleur » à « douleur maximale imaginable ». Le thérapeute note le numéro de 0 à 10 sur la graduation qu'il est le seul à voir.

4.2.3. Mesure de l'épaisseur de la dermalgie avant traitement

Le thérapeute garde le pli de peau entre les doigts d'une de ses mains. De l'autre il saisit l'adipomètre dont le curseur aura été préalablement remis sur le zéro de l'échelle de graduation. Il referme les branches du compas, en regard du disque intervertébral L2L3, de



façon à prendre le pli de peau entre les deux extrémités mousse de l'appareil. Lorsque le petit ergot s'enclenche dans la branche, la prise de mesure cesse. Il suffit alors que l'opérateur lise la mesure là où le curseur est positionné le long de l'échelle graduée.

4.2.4. Le traitement

Le traitement est différencié selon chacun des groupes. Pour le premier, il s'agit d'un travail local au niveau de l'estomac suivi d'une manipulation vertébrale suivant les principes pratiques et théoriques enseignés par J. F. Terramorsi. En effet, le raisonnement serait incomplet si nous nous arrêtons au traitement du centre du réflexe (vertèbres de D5 à D10). Il faut y ajouter les récepteurs à l'intérieur même de la paroi l'estomac permettant de finaliser l'arc réflexe formé d'un récepteur, d'une voie afférente, d'un centre, d'une voie efférente, d'un effecteur.

Pour le deuxième groupe, le traitement sera effectué grâce à une manœuvre dynamogénique de l'abdomen n'ayant aucune action spécifique sur l'estomac.

Dans ce protocole, les sujets qui perçoivent l'un ou l'autre des traitements, sont strictement tirés au hasard. Aucun ne connaît les hypothèses faites de l'un ou de l'autre des traitements.

4.2.4.1. Traitement du groupe 1 : groupe traité

Le traitement de l'estomac en ostéopathie est composé de deux types de manipulations : le traitement local et la manipulation structurelle des lésions tissulaires réversibles de D6 à D10.

Le traitement local consiste à contacter l'abdomen du sujet dans la zone de l'estomac de la superficie vers la profondeur, de façon lente et progressive, en laissant les tissus « lâcher » sous la pression des mains. C'est une descente passive qui permet d'aborder au plus près la lésion tissulaire réversible. Dès que la sensation d'un tissu « gros, dur et sensible » est perçue, le thérapeute tracte avec son corps en restant indéformable. Le mouvement est passif, il est la conséquence du déplacement du centre de gravité du thérapeute vers l'arrière. Lors de cette traction, le thérapeute peut être amené à effectuer des vibrations avec ses mains afin d'accélérer la modification d'état du tissu conjonctif. Le traitement local cesse quand il n'existe plus de lésion tissulaire réversible au niveau des structures conjonctives proches du territoire de l'estomac.

La manipulation structurelle des lésions tissulaires réversibles de D6 à D10 se fera selon la technique en compression de poitrine (Figure 5). Cette manipulation permet de manipuler les deux articulaires dans le sens de l'ouverture en flexion, ce qui déclenche une réponse neurologique plus importante que les autres techniques possibles.



Figure 5 : compression de poitrine



Le sujet est allongé sur la table, sur le dos avec un petit coussin sous la tête. Le praticien se tient debout, face au sujet, la table à sa droite. Il met en place les bras du sujet : la main droite est placée sous l'épaule gauche, le long du grill costal, et la main gauche sur l'épaule droite. Pour les femmes ayant une poitrine assez forte, les bras sont placés en dessous des seins pour garder un contact confortable pour la patiente. Le praticien est en fente avant, pied gauche devant et parallèle à la table, épaules parallèles à celles du sujet. Il se place en pont au-dessus du sujet en prenant appui avec sa main droite sur le bord opposé de la table. Il appuie et maintient les coudes en position basse de façon à venir placer son abdomen à l'aplomb de D10. Les coudes du sujet sont en contact avec le plexus solaire du praticien. La main droite du praticien passe sous l'épaule gauche puis sous la tête du sujet pour la soulever. La main gauche vient se placer le long de la colonne du sujet. Le praticien recule son centre de gravité sur sa jambe arrière en gardant le contact avec les coudes du sujet ; ce dernier roule sur la cuisse du praticien. La main droite du praticien vient repérer la vertèbre en lésion entre D6 et D10 et se place de part et d'autre de l'épineuse sur les apophyses articulaires.

Le praticien ramène le sujet sur la table, dans l'axe, en le maintenant en flexion, en posant le coude droit en premier. Il allonge le sujet sur la table en fléchissant son genou gauche et en repoussant le sujet par le ventre. Le praticien laisse reposer la colonne vertébrale du patient sur la table en la déroulant. Juste avant de laisser reposer la vertèbre en lésion il thruste. Le thrust consiste à relâcher simultanément, le genou gauche, la cheville droite et l'épaule droite. Bien entendu, s'il existe plusieurs vertèbres en lésion entre D6 et D10 la manœuvre pourra être répétée.



4.2.4.2. Traitement du groupe 2 : groupe placebo

Le traitement est une manœuvre dynamogénique au niveau de l'abdomen (Figure 6). Ce geste a une action vasculaire générale sans incidence mécanique directe et consciente sur l'estomac. Comme il n'y a pas de lien direct entre cette manœuvre et l'estomac, nous appellerons ce groupe : groupe placebo.

Le sujet est installé de la même façon que précédemment, le thérapeute est debout à la tête du patient, grâce à ses mains et ses avant-bras, il remonte la masse abdominale du patient la comprimant contre le diaphragme. C'est une manœuvre liquidienne par déformation, elle crée une dynamique dans toute la circulation abdominale. Les buts de cette technique sont :

- une réduction des ptoses abdominales ;
- une réduction des lésions siégeant au niveau du système capillaire et veineux de l'abdomen ;
- la production du réflexe dynamogénique et cardio-vasculaire

Figure 6 : manœuvre dynamogénique



4.2.5. Mesure de l'intensité de la douleur après le traitement

La mesure est prise en appliquant strictement le même protocole que dans le paragraphe 4.2.2.

4.2.6. Mesure de l'épaisseur de la dermalgie après le traitement

La mesure est prise en appliquant strictement le même protocole que dans le paragraphe 4.2.3.



5. RESULTATS

5.1. Le recueil des données

Chaque patient est informé au préalable du déroulement de l'expérience et a donné son accord écrit (Consentements : Cf. annexe 1).

Une fiche individuelle est établie. Elle précise l'identité, l'âge, le sexe, les mesures de l'épaisseur et de la douleur provoquée de la dermalgie avant et après traitement pour les deux groupes étudiés (Cf. annexe 2).

Seul l'opérateur connaît la nature du traitement qu'il délivre. C'est également le même opérateur qui effectue les mesures à l'EVA et à l'adipomètre. Il s'agit donc d'une méthode prospective en simple aveugle.

5.1.1. Description de l'échantillon

L'échantillon étudié est composé de 100 personnes volontaires présentant une dermalgie de l'estomac et formulant une gêne au niveau de l'estomac. Nous avons 34 % d'homme et 66 % de femmes.

La moyenne d'âge de l'ensemble des participants est de 51 ans et 9 mois. Le plus jeune a 19 ans et le plus âgé 84 ans.

Plus précisément :

21 % sont âgés de 19 à 35 ans

62 % sont âgés de 36 à 60 ans

26 % sont âgés de 61 à 84 ans

Ils sont répartis de façon aléatoire en deux groupes de 50 personnes suivant le traitement prodigué :

1er groupe : traitement local et vertébral en relation avec l'estomac.

2ème groupe : manœuvre dynamogénique sans lien direct avec l'estomac.

5.1.2. Description des données

Deux mesures sont réalisées avant et après traitement :

EVA : mesure de la douleur

Adipo : mesure de l'épaisseur en millimètre de la dermalgie.

Ci-dessous (*tableau 1*) un récapitulatif des données recueillies à l'EVA et à l'adipomètre.

	EVA avant	EVA après	Adipo avant	Adipo après
Moyenne	4,48	2,64	37,4	35,46
Ecart-type	1,85	2,59	12,56	13,48
Minimum	0,5	0	9	8
Maximum	8,7	9,5	60	60
Coef de variation	41 %	98 %	33 %	38 %



Le coefficient de variation de l'EVA après traitement est élevé, ce qui laisse penser que les données ne sont pas homogènes.

5.2. Analyse des hypothèses

5.2.1. Analyse du lien entre l'intensité de la douleur et l'épaisseur de la dermalgie

Afin d'étudier la relation entre l'intensité de la douleur et l'épaisseur de la dermalgie, nous avons utilisé le coefficient de corrélation de Bravais-Pearson.

Nous avons une relation positive modérée, significative, entre l'intensité de la douleur et l'épaisseur de la dermalgie ($r = .30$; $p < .01$). Plus la dermalgie est épaisse et plus la douleur est intense.

5.2.2. Analyse de l'intensité de la douleur et de la taille de la dermalgie avant traitement en fonction de l'âge

Ci dessous (*tableau 2*) les moyennes obtenues à l'EVA avant et après traitement pour les deux groupes.

	19-35 ans	36-60 ans	61-84 ans
EVA avant	M = 5,62	M = 4,37	M = 4,24
	E.T. = 1,06	E.T. = 1,97	E.T. = 1,70
	(CV = 19 %)	(CV = 45 %)	(CV = 40 %)
	N = 12	N = 62	N = 26
Adipo avant	M = 29,7	M = 37,1	M = 41,8
	E.T. = 12,93	E.T. = 12,10	E.T. = 12,01
	(CV = 43 %)	(CV = 33 %)	(CV = 29 %)
	N = 12	N = 62	N = 26

D'après les résultats, nous remarquons que l'évaluation de l'intensité de la douleur tend à diminuer avec l'âge. Elle est particulièrement élevée chez les personnes âgées de 19 à 35 ans. Nous observons également que plus les sujets sont âgés et plus la dermalgie est épaisse.

Afin de déterminer si ces différences sont significatives, nous avons procédé à une analyse inférentielle à l'aide d'une ANOVA avec un seuil de significativité fixé à .05. Ce type de traitement, par l'intermédiaire du test de Fischer, permet de comparer plus de deux moyennes.

L'analyse inférentielle, c'est à dire une analyse permettant de généraliser à toute la population les résultats d'un échantillon, nous permet de dire que la taille de la dermalgie diffère significativement en fonction de l'âge ($F(2, 97) = 4,179$; $p = .01 < .05$). Plus les personnes sont âgées et plus la dermalgie s'épaissit.

Cependant, nous ne pouvons affirmer que l'évaluation de la douleur varie significativement en fonction de l'âge ($F(2, 97) = 2,67$; $p = .07 > .05$). Un plus grand échantillon pourrait peut être nous permettre de dire si la différence est généralisable ou non. Mais cette observation



n'est pas négligeable sachant que, sur notre échantillon, les sujets plus âgés présentent en général une dermalgie plus épaisse et, par conséquent, devraient exprimer un niveau de douleur plus important.

5.2.3. Analyse de l'influence du traitement sur l'intensité de la douleur

Ci-dessous, (*tableau 3*) les moyennes obtenues à l'EVA avant et après traitement pour les deux groupes.

	EVA avant		EVA après	
Groupe expérimental	M = 4,17	T = 14,68	M = 0,82	
	E.T. = 1,18	P < .01	E.T. = 1,42	
	(CV = 28 %)		(CV = 137 %)	
	N = 50		N = 50	
Groupe placebo	M = 4,78	T = 2,39	M = 4,46	
	E.T. = 1,85	P < .02	E.T. = 2,19	
	(CV = 18 %)		(CV = 49 %)	
	N = 50		N = 50	

M = moyenne

E.T. = écart-type

C.V. = coefficient de variation

(formule : écart-type / moyenne x 100)

Etant donné que nous ne pouvons considérer les deux groupes comme homogènes, nous nous sommes intéressés seulement à l'évolution de l'intensité de la douleur pour chacun des groupes avant et après le traitement. Pour réaliser l'analyse inférentielle, qui nous permet d'affirmer que nos résultats sont généralisables à la population générale, nous allons utiliser le test T de Student avec un seuil de significativité fixé à .05. Ce test permet de comparer les moyennes de deux groupes appariés.

5.2.3.1. Analyse de l'évolution l'intensité de la douleur pour le groupe 1

D'après les résultats, pour le groupe expérimental, la douleur a diminué de 3,35 point après le traitement. Nous pouvons estimer que cette différence est importante sachant que l'échelle EVA se distribue de 0 à 10. Cependant, l'importance du coefficient de variation après le traitement nous laisse penser que tous les participants ne réagissent pas de la même façon au traitement. Cela est certainement dû au fait qu'un grand nombre obtient un score de 0 après le traitement.

L'analyse inférentielle nous permet également d'affirmer que la différence est significative ($t(49) = 14,68$; $p < .01$) et donc généralisable. Le traitement local et vertébral en relation avec l'estomac permet de diminuer significativement la douleur dans le cas d'une dermalgie.



5.2.3.2. Analyse de l'évolution l'intensité de la douleur pour le groupe 2

Nous voyons que pour le groupe contrôle, la douleur a diminué de 0,32 point après le traitement. Nous ne pouvons pas dire que cette différence est importante.

Cependant, même si la différence est de faible intensité, l'analyse inférentielle nous permet d'affirmer que la différence est significative ($t(49) = 2,34$; $p = .02 < .05$) et donc généralisable. Une manœuvre dynamogénique sans lien direct avec l'estomac permet de diminuer significativement la douleur dans le cas d'une dermalgie, même si l'effet obtenu est faible.

Il est mis en évidence un effet placebo non négligeable de l'action ostéopathique.

5.2.4. Influence du traitement sur la taille de la dermalgie

Ci-dessous (Tableau 4) les moyennes obtenues à l'adipomètre avant et après traitement pour les deux groupes.

	Adipo avant		Adipo après	
Groupe expérimental	M = 30,8	T = 5,97	M = 27	
	E.T. = 10,96	P < .01	E.T. = 10,35	
	(CV = 36 %)		(CV = 38 %)	
	N = 50		N = 50	
Groupe placebo	M = 44,02	Non significatif	M = 43,92	
	E.T. = 10,47		E.T. = 10,67	
	(CV = 24 %)		(CV = 24 %)	
	N = 50		N = 50	

Nous utiliserons la même méthode que pour l'analyse précédente.

5.2.4.1. Analyse de l'évolution de taille de la dermalgie pour le groupe 1

Descriptivement, nous observons une diminution de 3,8 mm après le traitement soit environ 10% de l'épaisseur moyenne.

L'analyse inférentielle nous permet d'affirmer que cette différence est significative ($t(49) = 5,97$; $p < .01$) et donc généralisable. Le traitement local et vertébral en relation avec l'estomac permet de diminuer significativement la taille d'une dermalgie.



5.2.4.2. Analyse de l'évolution de taille de la dermalgie pour le groupe 2

Descriptivement, la dermalgie a diminué de 0.1 mm après le traitement, ce qui est très faible.

L'analyse inférentielle ne nous permet pas de dire que la différence est significative ($t(49) = 0,53$; $p = .60 > .05$). Nous ne pouvons donc pas dire si la taille de la dermalgie diminue après une manœuvre dynamogénique sans lien direct avec l'estomac.

5.2.5. Analyse des effets conjugués

Le groupe pour lequel les effets sont les plus importants et significatifs, à la fois pour l'intensité de la douleur et la taille de la dermalgie, est le groupe qui a reçu le traitement local et vertébral en relation avec l'estomac.

5.2.6. Analyse de l'influence de l'intensité de la douleur estimée et de l'épaisseur de la dermalgie avant traitement sur la diminution

Afin d'évaluer ce lien, nous avons testé plusieurs modèles à l'aide de l'indicateur BIC (Critère d'Information Bayésien) qui nous permettra de sélectionner le modèle qui traduit le plus fidèlement nos données.

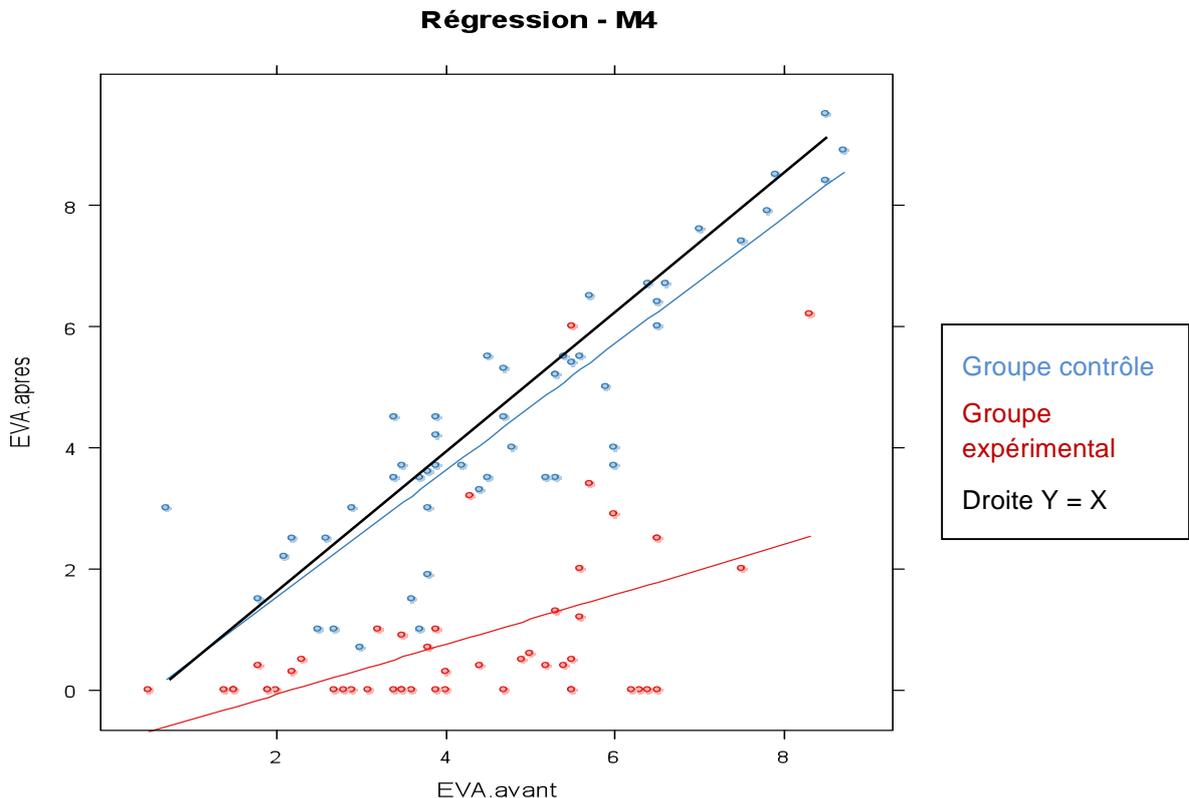
Concernant le niveau de la douleur estimée, quatre modèles ont été testés :

- Diminution uniquement pour le groupe expérimental sans lien avec le niveau de départ (BIC = 354.4)
- Diminution pour les deux groupes sans lien avec le niveau de départ (BIC = 355.9)
- Diminution pour les deux groupes liée au niveau de départ (BIC = 346.95)
- Diminution pour les deux groupes liée de façon différente au niveau de départ (BIC = 327.7)

Le modèle le plus pertinent est donc celui qui traduit une diminution pour les deux groupes avec une influence du niveau de départ différente suivant les groupes.



Sa représentation graphique est la suivante :



Nous remarquons que le niveau de douleur pour le groupe contrôle ne diminue quasiment pas après le traitement (l'absence d'évolution se traduit par la droite $Y = X$), alors que pour le groupe expérimental, il diminue d'autant plus fortement que le niveau de douleur est élevé avant traitement. Il y a donc bien une influence de l'intensité de la douleur estimée avant traitement sur la diminution de la douleur : plus elle est intense et plus la diminution après traitement est importante. Cet effet est d'autant plus fort que le traitement est un traitement local et vertébral en relation avec l'estomac.

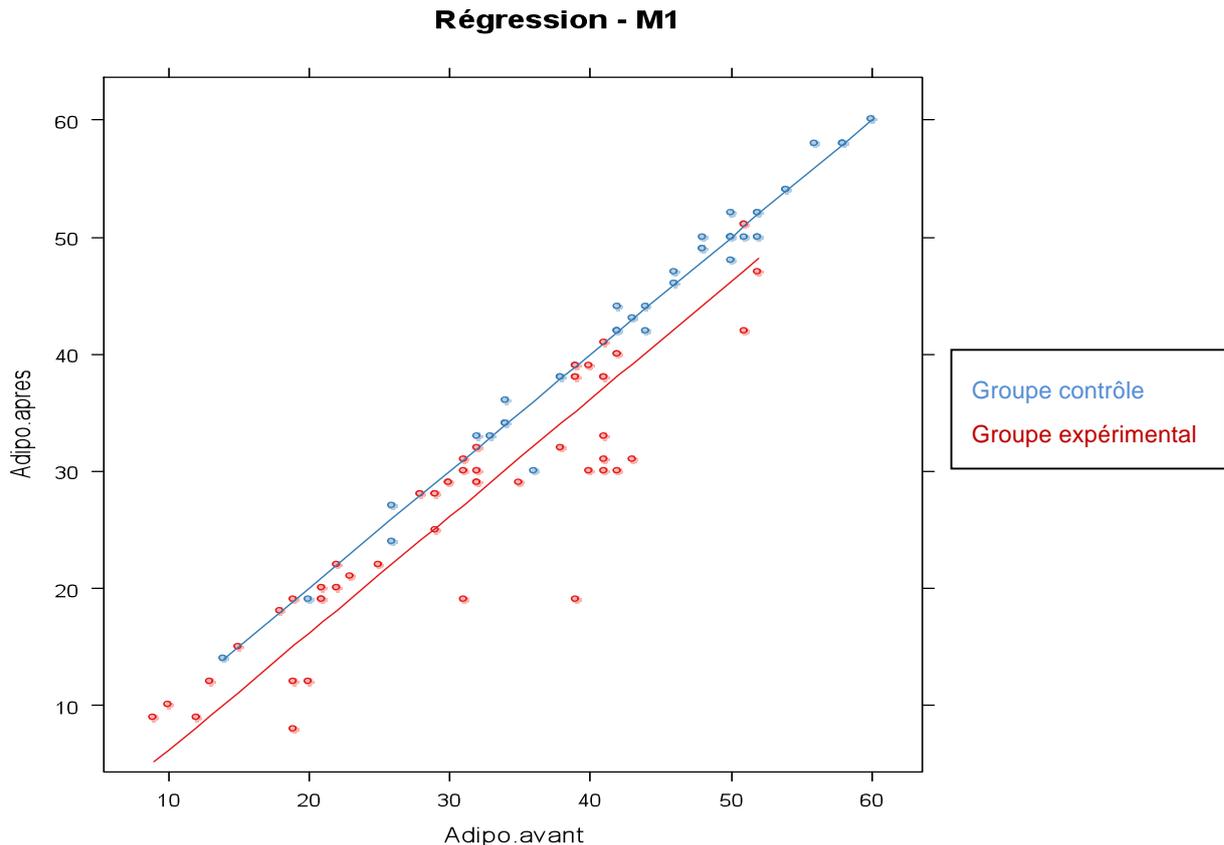
Concernant l'épaisseur de la dermalgie, les quatre mêmes modèles ont été testés :

- Diminution uniquement pour le groupe expérimental sans lien avec l'épaisseur de départ (BIC = 531.9)
- Diminution pour les deux groupes sans lien avec l'épaisseur de départ (BIC = 536.5)
- Diminution pour les deux groupes liée l'épaisseur de départ (BIC = 536.2)
- Diminution pour les deux groupes liée de façon différente l'épaisseur de départ (BIC = 534.5)

Le modèle le plus pertinent est donc celui qui traduit une diminution uniquement pour le groupe expérimental sans influence de la taille de la dermalgie avant traitement.



Sa représentation graphique est la suivante :



Comme ont pu le mettre en évidence les analyses précédentes, la diminution de la taille de la dermalgie est insignifiante après une manœuvre dynamogénique sans lien direct avec l'estomac. Elle est légèrement plus importante après un traitement local et vertébral en relation avec l'estomac. Mais l'effet du traitement ne dépend pas de la taille de la dermalgie avant traitement.

5.3 Analyse des hypothèses

Le traitement local et vertébral en relation avec l'estomac permet de diminuer significativement la douleur dans le cas d'une dermalgie et ce d'autant plus que la douleur initiale est importante et que le sujet est jeune.

Le traitement par une manœuvre dynamogénique diminue l'intensité de la douleur, l'effet obtenu étant plus faible que pour le groupe ayant bénéficié d'un travail ostéopathique, il n'en reste pas moins généralisable. Il peut s'apparenter au traitement placebo de l'acte ostéopathique.

Le traitement local et vertébral en relation avec l'estomac permet de diminuer significativement la taille d'une dermalgie.

L'étude ne permet pas d'affirmer que la manœuvre dynamogénique diminue l'épaisseur de la dermalgie.



L'analyse des effets conjugués prenant en compte l'épaisseur et la douleur du pli de peau au niveau de la zone de l'estomac, permet d'affirmer que c'est dans le groupe ayant bénéficié d'un travail local et vertébral en relation avec l'estomac que la dermalgie a le plus diminué d'épaisseur et d'intensité de douleur.

6. DISCUSSION

Ce travail confirme l'hypothèse selon laquelle le travail ostéopathique viscéral au niveau de l'estomac a un effet sur la douleur et l'épaisseur de la dermalgie de Jarricot correspondante.

Par ailleurs, nous avons constaté que plus la douleur avant le traitement était intense, plus la diminution était importante, surtout lors du traitement ostéopathique ciblé sur l'estomac.

Ce n'est pas vrai en ce qui concerne l'épaisseur de la dermalgie.

Le Dr Jarricot, puis Robert Courbon qui fût son assistant, dans l'enseignement de l'utilisation des dermalgies, attribuaient à l'épaisseur de la dermalgie un aspect chronique d'une pathologie et à la douleur provoquée un aspect aigu. Ce savoir purement empirique semble ne pas être en opposition avec les résultats obtenus. Il serait possible, ainsi, que le travail ostéopathique ait une action forte sur le côté aigu d'une pathologie, moins sur le côté chronique.

D'autre part nous avons pu constater que l'épaisseur de la dermalgie augmentait avec l'âge, ce qui n'est pas le cas en ce qui concerne la douleur. Ainsi, de façon pratique lors des prises des dermalgies, il faut bien considérer les deux paramètres douleur et épaisseur conjointement avant de noter une dermalgie comme positive, sinon le risque de trouver tous les patients âgés dermalgiques n'est pas négligeable.

L'utilisation des dermalgies en acupuncture, selon le protocole mis au point par le Dr Jarricot et actuellement enseigné par Robert Courbon (école des poul), consiste en une évaluation de l'épaisseur du pli de peau et de la douleur provoquée par la manœuvre du « palpé roulé » avant le traitement. Il s'en suit la prise des poulis chinois, le diagnostic, puis le traitement guidé pas à pas par la modification des poulis. Le traitement prend fin lorsque le thérapeute réussit à faire disparaître les dermalgies qui étaient positives au départ. La disparition de l'aspect dermalgique d'une zone de Jarricot s'objective par la diminution de son épaisseur et la disparition de la douleur provoquée.

Lors de la prise de mesures suivant les deux protocoles, il est à noter qu'aucun des patients du groupe 2 (groupe ayant eu le traitement par la manœuvre dynamogénique) n'a obtenu la sédation totale de la douleur.

Par contre, pour le groupe 1 (groupe ayant eu le traitement ostéopathique spécifique de l'estomac), la moitié de la population (25 cas) est arrivé à la sédation totale de la douleur. Comme nous l'avons déjà évoqué, ceci montre l'effet du travail ostéopathique sur l'estomac et sa correspondance sur la dermalgie de Jarricot.

Mais qu'en est-il des 25 autres cas ? Pourquoi n'ont-ils pas réagi de la même manière ? La théorie de l'acupuncture peut-elle nous aider à comprendre ?

Pour chaque organe, il existe des fonctions associées, des pathologies propres, qui ne sont pas forcément en relation directe avec l'anatomie, ni avec la fonction biologique. Ainsi l'estomac sera mis en relation avec la mémoire, avec des idées obsessionnelles (un trouble



de ces fonctions pourra être cherché dans le poulx de rate - estomac). Il existe six niveaux de complexité allant du physique au spirituel en passant par l'émotionnel, le sentimental...

Les résultats obtenus peuvent nous amener à penser que, grâce au travail ostéopathique, nous avons pu soulager les lésions d'un niveau, notre outil étant physique, vraisemblablement il pourrait s'agir de ce niveau là. En sachant qu'il existe des interactions permanentes entre les différents niveaux, qu'en est-il alors de l'impact de notre geste sur l'aspect énergétique de la lésion ?

7. CONCLUSION

Cette étude avait pour objet d'étudier l'effet des manœuvres ostéopathiques mises en œuvre lors du traitement de l'estomac sur la dermalgie de Jarricot correspondante. Le traitement ostéopathique appliqué lors de cette étude comportait deux étapes, le travail local de l'estomac et la manipulation vertébrale de D6 à D10. Les résultats obtenus nous ont permis de vérifier qu'effectivement le traitement ostéopathique diminue l'épaisseur et la douleur provoquée à la palpation de façon significative. L'utilisation de la dermalgie de l'estomac semble pouvoir s'ajouter au protocole de soin ostéopathique. Les questions en suspens sur les relations anatomiques et physiologiques entre l'organe et la dermalgie, ne sont pas de nature à interdire l'utilisation de cet outil, la pratique empirique l'ayant validé.

Cette étude entraîne d'autres interrogations.

Le travail ostéopathique réalisé comportant deux manœuvres, Il serait intéressant de continuer ce travail en les dissociant, de façon à savoir si l'une des deux est prépondérante sur l'autre, ou si c'est l'addition des deux qui permet ce résultat.

Est-ce que l'ostéopathie peut utiliser toutes les dermalgies de Jarricot comme élément supplémentaire de diagnostic ?

Est-ce que le résultat obtenu sur l'estomac serait aussi probant sur d'autres organes ?

Nous pourrions de plus tenter de mesurer si notre action agit plus sur l'aigu que sur le chronique, en utilisant les différents paramètres des dermalgies.

Enfin, nous pourrions évaluer le retentissement de notre action ostéopathique sur différents niveaux, y compris énergétique.



8. BIBLIOGRAPHIE

- [1] BUCHSER E., Manuel pratique d'anesthésie. Paris, Masson, 2006, 600 pages.
- [2] TARDIEU G., TARDIEU C., Le système nerveux végétatif, 1^{ère} éd. Paris, Masson, 1948, 742 pages.
- [3] JARRICOT H., (1971), De certaines relations viscero-cutanées métamériques (dermalgies réflexes viscérales) en acupuncture, Rev. Méridiens, N°15, N°16, pages 86 à 126
- [4] KHALE W., Atlas de poche d'anatomie. 4^{ème} éd. Paris, Flammarion, « Médecine – Sciences », ISBN : 978-2571-4253-5, 2007, 423 pages.
- [5] MUR Y., La douleur articulaire dermalgies auriculothérapie. 1^{ère} éd. Bordeaux, Le Pousoé, n°33196, 1983, 94 pages.
- [6] JARRICOT H., (1980), Dermalgies-réflexes viscéro-cutanées postérieures et organisation nouvelle du méridien principal de la vessie, Méridiens, N°51-52, pages 97 à 125.
- [7] COURBON R., L'énergie sous les doigts. 1^{ère} éd. Paris, Cariscript, « L'homme profond », ISBN 2-87601-197-2, 1992, 216 pages.
- [8] DIKE E., SCHIALCK H., WOLF A., Thérapie manuelle des zones réflexes du tissu conjonctif, 1^{ère} éd. Paris 6^{ème}, Librairie Maloine, ISBN 2-224-00676-4, 1981, 265 pages.
- [9] PRITCHARD T., ALLOWAY K., Neurosciences médicales Les bases neuroanatomiques et neurophysiologiques, 1^{ère} éd. Paris, De Boeck université, « Sciences médicales » série Claude Bernard, ISBN 2-7445-0133-6, 2002, 527 pages.
- [10] http://www.Antalvite.fr/PDF/echelle_visuelle_analogique.htm
- [11] TERRAMORSI J. F., Manipulations articulaires et viscérales, 1ère éd. Saint-Ouen-l'Aumône, Inter Création, ISBN 2 905058-00-5, 1984, 156 pages.



9. ANNEXES

9.1. Annexes 1 : Consentement type

Thierry Charpentier

Dans le cadre de l'obtention du diplôme d'ostéopathe, je sollicite aujourd'hui votre participation à une étude visant à améliorer les soins effectués.

Le protocole de cette expérimentation se déroule en effectuant des manœuvres ne présentant aucune dangerosité et dans le cadre de la légalité en vigueur. L'étude se déroule au sein du cabinet de kinésithérapie 20 rue Alfred Mézières (87000 LIMOGES). Les modalités seront les suivantes :

- 1) Palpation de la dermalgie de l'estomac cotation de la douleur
- 2) Mesure de l'épaisseur
- 3) Travail ostéopathique selon deux protocoles différents en fonction du groupe traité
- 4) Palpation de la dermalgie de l'estomac cotation de la douleur
- 5) Mesure de l'épaisseur

Les volontaires ne retireront aucun avantage direct ni de compensation financière liée à cette étude.

Tous les renseignements obtenus pour cette étude seront confidentiels.

Je soussigné M.....ai pris connaissance du formulaire de consentement. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction. Après réflexion, j'accepte de participer à ce projet de recherche.

Signature :



9.2. Annexes 2 : Tableaux récapitulatifs des prises de mesures

Sujets Groupe 1	date naissance	sexe	EVA avant	EVA après	Adipo avant mm	Adipo après mm
1	24/01/40	M	4	0	35	29
2	21/08/60	F	5.5	6	52	47
3	24/09/70	F	0.5	0	30	29
4	24/09/55	F	1.9	0	19	19
5	24/04/55	F	5.4	0.4	39	19
6	05/11/76	M	2	0	19	12
7	24/06/30	F	1.4	0	32	32
8	02/01/63	F	1.5	0	10	10
9	26/07/91	F	5.5	0	25	22
10	16/04/63	M	1.8	0.4	41	33
11	24/04/55	F	3.5	0	42	30
12	02/08/68	M	4.9	0.5	43	31
13	17/04/87	F	5	0.6	20	12
14	02/02/95	F	7.5	2	21	19
15	06/08/56	F	3.2	1	22	22
16	06/11/84	M	3.8	0.7	19	8
17	22/09/69	F	5.6	2	32	29
18	27/06/54	M	3.5	0.9	51	51
19	22/02/49	F	5.5	0	41	38
20	23/01/43	F	5.3	1.3	22	20
21	11/01/65	F	8.3	6.2	39	39
22	30/06/56	F	6.3	0	21	20
23	14/09/44	F	1.5	0	15	15
24	12/03/34	F	2.9	0	23	21
25	19/09/62	M	4.4	0.4	32	29
26	03/11/67	F	6.4	0	29	28
27	08/05/53	F	3.6	0	39	38
28	08/02/55	F	6.5	2.5	41	31
29	08/01/69	M	6	2.9	40	30
30	12/10/72	M	5.2	0.4	32	30
31	03/01/69	F	2.3	0.5	31	19
32	28/08/68	M	6.5	0	29	28
33	08/09/71	F	4.3	3.2	12	9
34	14/06/74	M	5.7	3.4	41	30
35	25/05/48	M	2.7	0	31	31
36	20/02/64	F	3.9	0	13	12
37	29/10/73	M	2.2	0.3	9	9
38	10/08/57	M	5.6	1.2	51	42
39	25/01/54	F	1.5	0	31	30
40	07/09/62	F	3.4	0	38	32
41	08/11/82	M	5.5	0.5	18	18
42	26/01/67	F	1.9	0	21	19
43	11/02/75	F	3.5	0	29	25
44	18/03/81	F	6.2	0	40	39
45	15/08/67	M	4.7	0	41	38
46	27/05/58	M	2.8	0	42	40
47	30/09/54	F	4	0.3	41	41
48	24/07/75	M	3.1	0	30	29
49	27/04/93	F	3.9	1	28	28
50	07/10/65	F	6.5	2.5	39	38



Sujets Groupe 2	date naissance	sexe	EVA avant	EVA après	Adipo avant mm	Adipo après mm
1	02/10/57	M	2.1	2.2	39	39
2	08/08/57	F	3.4	3.5	43	43
3	03/04/50	M	2.5	1	46	47
4	21/11/67	F	0.7	3	34	36
5	31/08/60	F	3.7	1	44	42
6	26/07/78	M	8.5	9.5	42	42
7	28/06/80	F	5.9	5	28	28
8	04/09/61	F	1.8	1.5	34	34
9	03/09/59	F	3.9	4.5	50	50
10	27/08/49	F	2.7	1	38	38
11	06/11/46	F	4.5	5.5	20	19
12	23/12/73	F	3.9	4.2	42	40
13	14/11/28	F	3.7	3.5	48	49
14	02/03/48	F	4.2	3.7	38	38
15	15/05/47	F	3.4	4.5	42	44
16	06/08/53	F	3.8	3	52	50
17	24/07/49	F	7	7.6	54	54
18	26/03/74	F	6	4	26	27
19	04/01/63	M	5.3	5.2	51	51
20	16/02/48	F	2.6	2.5	54	54
21	23/09/61	F	3	0.7	33	33
22	09/08/73	F	4.7	5.3	32	33
23	26/07/38	F	7.5	7.4	42	42
24	18/04/51	M	3.8	1.9	50	50
25	24/01/51	M	6	3.7	52	52
26	09/06/83	F	6.6	6.7	14	14
27	11/05/66	M	3.5	3.7	44	44
28	19/03/60	F	6.5	6	38	38
29	13/08/59	M	3.8	3.6	50	50
30	05/05/65	F	3.6	1.5	26	24
31	11/03/70	F	5.4	5.5	51	50
32	15/09/60	F	5.3	3.5	42	42
33	18/09/56	M	7.8	7.9	58	58
34	04/12/52	F	4.4	3.3	48	50
35	08/03/47	M	7.9	8.5	56	58
36	27/05/49	M	4.7	4.5	58	58
37	21/02/65	F	5.2	3.5	36	30
38	09/02/62	F	2.9	3	46	46
39	07/06/75	M	5.7	6.5	34	34
40	29/12/61	M	8.7	8.9	58	58
41	06/03/63	F	4.8	4	54	54
42	01/06/70	F	5.6	5.5	50	50
43	08/10/60	F	3.9	3.7	34	34
44	04/11/48	M	4.5	3.5	52	50
45	08/05/41	F	6.4	6.7	50	48
46	08/02/69	F	5.5	5.4	48	49
47	20/10/87	F	5.3	5.2	50	52
48	02/06/74	F	2.2	2.5	58	58
49	14/01/66	M	8.5	8.4	60	60
50	28/02/80	M	6.5	6.4	52	52



Thierry CHARPENTIER

année 2010-2011

Etude de l'effet de manœuvres ostéopathiques structurelles mises en œuvre lors de traitement de l'estomac sur la dermalgie de Jarricot correspondante

Résumé

Problématique :

Pour mener à bien un traitement ostéopathique et pour ne rien oublier de la suite lésionnelle à traiter, il est nécessaire de faire un interrogatoire, une anamnèse, des tests permettant de visualiser le dysfonctionnement de la zone incriminée, de façon préalable au soin proprement dit. Pour objectiver que notre action a bien été ciblée et efficace, une vérification de l'utilisation possible de la fonction épanouie est indispensable.

Lors d'un traitement en ostéopathie viscérale, quel outil simple d'utilisation permettrait de vérifier la dysfonction et le retour à une fonction normale d'un organe ? Les dermalgies de Jarricot pourraient-elles être cet outil ?

Hypothèse opérationnelle :

Les dermalgies thoraco abdominales selon la définition du docteur Jarricot sont le reflet de l'état de fonction des organes correspondants. Leur épaisseur et la douleur provoquée à la palpation sont les deux paramètres permettant d'évaluer l'état de la dermalgie.

Le travail ostéopathique de l'estomac diminuerait l'épaisseur et la douleur provoquée au niveau de la dermalgie de Jarricot correspondante. Pour démontrer cette interaction, deux groupes de cinquante personnes vont être étudiés. L'un des deux groupes bénéficie d'un travail local de l'estomac ainsi que d'un travail vertébral correspondant à la zone de métamérisation de l'estomac. L'autre groupe, placebo, bénéficie d'une manœuvre sans lien établi avec l'estomac. Les mesures de l'épaisseur de la dermalgie et de l'intensité de la douleur provoquée avant et après traitement sont effectuées pour les deux groupes.

Résultats principaux :

L'analyse statistique des données recueillies montre que le travail ostéopathique de l'estomac selon le protocole mis en place, diminue de façon significative l'épaisseur et la douleur à la palpation de la dermalgie de Jarricot correspondante.

Conclusion :

Malgré le manque de recherche et de connaissances anatomiques sur le sujet, les résultats montrent qu'il semble possible d'utiliser la dermalgie de l'estomac comme outil diagnostique dans le traitement ostéopathique de cet organe.

Références : onze références bibliographiques

Nombre de pages : 24