

**ETUDE DE L'IMPACT DE L'OSTEOPATHIE
STRUCTURELLE SUR LA CONSTIPATION
CHRONIQUE FONCTIONNELLE**

FABRE

Annabelle

PROMOTION 7

Année 2015-2016

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier...

Pascale GOSSELIN pour son aide méthodologique et sans qui ce travail n'aurait pu aboutir.

Muriel SORET tuteur de ce mémoire, pour ses conseils et ses corrections pertinentes.

Les 6 personnes ayant accepté de participer à cette étude.

Ma sœur Alicia pour son aide précieuse à me corriger.

L'ensemble de l'équipe pédagogique de Bretagne Ostéopathie pour la transmission de la passion de l'ostéopathie, et qui ont rendus ces 5 années passionnantes.

Ma famille, mes amis qui m'ont encouragés et soutenus dans les moments de doute.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	5
2. PROBLEMATIQUE	6
2.1. La constipation chronique fonctionnelle	8
2.1.1. Définition de la constipation chronique fonctionnelle.....	8
2.1.2. Démarche diagnostique du symptôme de la constipation chronique fonctionnelle.....	9
2.1.3. Conséquences, impact de la constipation chronique fonctionnelle.....	11
2.1.4. Prise en charge de la constipation chronique fonctionnelle	11
2.2. Concept ostéopathique et relation avec la constipation chronique fonctionnelle.....	13
2.2.1. Concept de la lésion structurelle.....	14
2.2.2. la manipulation structurelle	15
2.2.3. Objectivation de la lésion structurelle et protocole d'investigation des variables de régulation .	15
3. HYPOTHESE	19
4. POPULATION	19
4.1. Critères d'inclusion	20
4.2. Critères d'exclusion.....	20
5. MATERIEL ET METHODE.....	20
5.1. Protocole.....	20
5.1.1. Déroulement de la séance d'ostéopathie	20
5.1.2. Le protocole des mesures	21
5.2. Matériel.....	22
5.2.1. Critères d'évaluation	22
5.2.2. Consentement éclairé.....	24
5.2.3. La fiche clinique	24
6. RESULTATS	24
6.1. Présentation des cas.....	24
6.2. Résultats des manipulations structurelles effectuées.....	25
6.2.1. Relevé des données qualitatives	25
6.2.2. Relevé des données quantitatives.....	27
6.3. Evolution du nombre de selles	28
6.4. Evolution de L'EVA des ballonnements et de la gêne abdominale.....	29
6.5. Evolution de la sévérité de la constipation.....	30
6.6. Evolution de la qualité de vie et de la satisfaction relative au traitement.....	31
7. DISCUSSION	34
8. CONCLUSION	37



9.	BIBLIOGRAPHIE	38
10.	ANNEXES.....	40
10.1.	<i>Annexes 1</i>	<i>40</i>
10.2.	<i>Annexes 2</i>	<i>41</i>
10.3.	<i>Annexes 3</i>	<i>42</i>
10.4.	<i>Annexes 4</i>	<i>43</i>
10.5.	<i>Annexes 5</i>	<i>45</i>
10.6.	<i>Annexes 6</i>	<i>51</i>
10.7.	<i>Annexes 7</i>	<i>52</i>
10.8.	<i>Annexes 8</i>	<i>54</i>
10.9.	<i>Abréviations</i>	<i>57</i>



1. INTRODUCTION

La constipation fonctionnelle est un symptôme bénin et très fréquent. Le traitement de première intention consiste à appliquer des mesures simples au quotidien afin d'améliorer le transit et l'évacuation des selles. Le traitement peut-être aussi médicamenteux, mais paradoxalement, pris sur du long terme, il peut devenir une cause de constipation !

Ce travail a pour but de déterminer la place de l'ostéopathie structurelle chez des patients atteints de constipation chronique fonctionnelle. Nous expliquerons notre point de vue sur les éventuelles raisons possibles de cette symptomatologie, et ce qui nous amène à penser que nous pouvons être efficaces.

Cette étude sera menée sur une période de trois mois, dans un cabinet situé sur Nantes. Les patients bénéficieront tous d'un traitement ostéopathique structurel dont le modèle est enseigné au sein de l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes (IFSO-R). Par notre intervention strictement manuelle, on peut espérer que l'ostéopathie ait des incidences sur la structure côlon et par conséquent sur la fonction de défécation du côlon.



2. PROBLEMATIQUE

Jusqu'à maintenant, une chose essentielle me manquait dans le métier de kinésithérapeute : observer le patient dans son unité. Mon point de vue a changé : un organisme ne se résume pas à un ensemble de parties que l'on traite individuellement, mais fonctionne grâce aux interactions possibles entre ces différentes structures. L'ostéopathie s'exerce tant sur le rachis et les membres périphériques que sur la sphère viscérale et crânienne.

La sphère viscérale m'a interpellée, au cours des séances de soin ostéopathique, une question revenait presque systématiquement à l'anamnèse : « avez-vous des soucis au niveau du transit ? », « et au niveau du transit comment ça se passe ? ».

Nous possédons dans le ventre beaucoup plus qu'il n'y paraît, à cette chose près qu'on le surnomme notre « deuxième cerveau »¹ et nombreuses sont les expressions tournant autour de nos entrailles ; « *Avoir des papillons dans le ventre ; En avoir dans le ventre ; Avoir une boule au ventre ou du cœur au ventre..* », on a tort de considérer le ventre comme un bout de tuyau idiot ! Notre moral, nos inquiétudes, nos états d'âme sembleraient conditionnés par ce que recèle notre ventre. Les civilisations orientales ont toujours considéré notre corps comme une machine complexe et l'ont relié instinctivement à l'esprit. La médecine occidentale a longtemps distingué corps et esprit. Pourtant les émotions peuvent s'exprimer bien avant la raison. Il semblerait que ces neurones « gastriques » soient moteurs d'angoisses, d'humeurs, d'émotions, et d'interactions avec l'encéphale. Ils dirigent certains de nos comportements aidés par cette faune bactérienne peuplant notre ventre.

Michel Neunlist² considère le ventre comme le cerveau originel. Avant même de posséder un cerveau, nous avons un intestin. Dans l'histoire de l'évolution, le ventre a été le premier organe neurologique à se développer. Les premiers animaux étaient de simples tuyaux digestifs avec un système nerveux assurant leur survie. Si le cœur et le cerveau ont toute notre considération parce que l'un indispensable à la vie et l'autre parce qu'il est capable de former des pensées à chaque seconde, pour ce qui est de notre appareil digestif, beaucoup le voit comme un organe secondaire et juste bon à se vider. Il est sous-estimé et nous fait honte !

Pourtant en cas de panne ou de dysfonction du système digestif, la qualité de vie peut être touchée. La constipation chronique fonctionnelle est l'une des manifestations de ce trouble. Ce symptôme est caractéristique du côlon, la digestion et le transport fonctionnent à vitesse normale, mais en fin de parcours au bout du gros intestin, le transit est ralenti fortement.

Les causes sont multifactorielles, et les traitements sont nombreux. Chaque spécialité apporte sa théorie et « son remède » :



Le massage du ventre par le chi nei tsang est une pratique ancestrale qui a été utile aux moines pour les aider à drainer, fortifier et affiner leur corps. Les praticiens du chi nei tsang travaillent sur l'abdomen à l'aide de toucher légers et profonds sur les organes internes pour résoudre les problèmes fonctionnels.²

Le professeur Bruno Bonaz explique ce trouble fonctionnel par une mésentente entre le cerveau du haut et le cerveau du bas, entraînant une véritable névrose du ventre !¹

La médecine, qui pratique l'allopathie, cherche à réduire, traiter le symptôme quand c'est possible et donne des conseils adaptés à la symptomatologie.

Ce qui m'interpelle, c'est qu'autant de patients aient recours à des traitements médicamenteux pour certains depuis des années, voire depuis l'adolescence. D'autres plus résignés, vivent avec ce symptôme handicapant.

Au cabinet, de mon expérience, les patients ne viennent pas toujours en première intention pour ce problème, mais davantage pour des dorsalgies, des lombalgies que l'on peut mettre ensuite en relation avec un problème de constipation. En mettant les « mains dans leur ventre » de nombreuses informations sensibles me renseignent sur la qualité des tissus autour du côlon, autant d'informations qui ne sont perçues ni sur un cliché radio, ni à l'anamnèse. Toutes ces perceptions emmagasinées au cours des cinq années d'apprentissage à l'école d'ostéopathie, m'encouragent à penser que améliorer la qualité des tissus environnant le côlon, aurait une influence sur sa fonction. Prendre en charge le milieu dans lequel baignent nos viscères, aider à retrouver la fonction plutôt que de le contraindre à fonctionner.

Il m'a semblé alors légitime de me poser la question suivante : l'ostéopathie peut-elle avoir un impact positif sur la constipation chronique fonctionnelle ?

L'ostéopathie structurelle qui nous est enseignée à l'IFSO-R, s'appuie sur un raisonnement qui met en interaction le rachis, les membres, la sphère crânienne et la sphère viscérale. Les connaissances anatomiques et physiologiques de l'être humain, nous permettent d'établir entre ces différentes structures, des relations mécaniques, neurologiques et vasculaires dites « variables de régulation et de fonction » d'une structure.³

Ce raisonnement ostéopathique structurel m'encouragent à mettre ces différentes variables en relation, afin d'évaluer la pertinence d'un soin ostéopathique sur la constipation chronique fonctionnelle.

La définition de ce symptôme, les causes possibles et les traitements déjà apportés, laissent entrevoir le fait que l'ostéopathie ait sa place dans l'amélioration de ce symptôme. Notre intervention qui sera exclusivement manuelle, s'appuie sur le modèle fondamental ostéopathique structurel. Nous cherchons à savoir si notre soin peut améliorer les qualités tissulaires de l'environnement du côlon, et influencer sa fonction de défécation et pour cela nous allons rechercher chez le patient les



structures pouvant être mise en cause. Est-ce que les conséquences de notre action sur cette fonction peut de façon subjective améliorer la qualité de vie du patient ?

2.1. La constipation chronique fonctionnelle

A l'heure actuelle la constipation chronique fonctionnelle est un trouble digestif assez répandu puisqu'elle touche 20% des français quelque soit leur âge. Il s'agit d'un trouble plurifactoriel et probablement l'affection digestive la plus fréquente. S'il était question d'une pathologie fonctionnelle, se serait donc une bonne nouvelle pour les malades, puisqu'il ne s'agit pas d'une pathologie touchant l'organe! Pas vraiment car leurs interrogations devant ce symptôme mal élucidé n'en sont que renforcées. Si la morbidité est très rare, l'altération de la qualité de vie est fréquente et parfois significative.⁴

2.1.1. Définition de la constipation chronique fonctionnelle

La diversité des formes de constipation, rend sa définition complexe et imprécise. La définition médicale est très différente de celle relatée par le patient. La constipation correspond à un désordre digestif généralement caractérisé par une difficulté persistante à la défécation, à une sensation d'exonération incomplète ou à des défécations peu fréquentes (1 fois tous les 3-4 jours ou moins) en l'absence de symptômes d'alarme. Sa définition repose sur une association de symptômes à la fois objectifs, et subjectifs. ³

Une étude montre que: le besoin de prendre un laxatif représenterait la conception la plus courante de la constipation (57%). Les femmes, deux fois plus que les hommes (41% vs 21%) ont considéré que des exonérations peu fréquentes étaient caractéristiques de la constipation. Par contre à égale proportion, femmes et hommes ont estimé que des selles dures (43%), un effort pour aller à la selle (24%) ou une défécation douloureuse (23%) représentait « la constipation ». ⁵

Si pour beaucoup, « être constipé » signifie à avoir des selles peu fréquentes, le diagnostic repose sur des éléments supplémentaires.

Deux mécanismes principaux sont en cause :

- une « paresse du côlon » qui fait qu'il se contracte peu, donc les selles progressent lentement.
- Un dessèchement des selles : en l'absence d'hydratation régulière et suffisante, la réabsorption d'eau dans le côlon peut conduire à la formation de fèces dures et sèches rendant l'élimination difficile.
- Les constipations terminales par distension du rectum, chez les personnes qui se sont retenues d'aller à la selle et le plus souvent pour des raisons de contraintes sociales.

La constipation est un symptôme fréquent et peut être aussi l'expression d'une maladie organique, il faut donc rester vigilant face à la banalité et la fréquence de ce symptôme.



Sous-types physiopathologiques	Symptôme principal en l'absence de symptôme d'alarme ou d'origine secondaire
1. Constipation à transit lent (STC) .inertie colique .hyperactivité colique	Ralentissement du transit colique des selles en raison d'une : .diminution de l'activité colique .activité colique augmentée et non coordonnée
2. Trouble de l'exonération des selles	Le transit colique peut être normal voire prolongé, mais l'exonération des selles par l' rectum est inadéquate/difficile
3. Syndrome du côlon irritable à prédominance de constipation (IBS)	.douleurs abdominales, ballonnement, modification du transit intestinal .peut-être présent en combinaison avec 1 ou 2

Figure 1 : Physiopathologie de la constipation fonctionnelle World Gastroenterology Organisation Global Guideline nov 2010 ⁵

On la considère chronique et fonctionnelle lorsqu'il n'y a aucune anomalie physiologique (comme un prolapsus pelvien d'organe ou une occlusion) et que les symptômes ne correspondent pas à la constipation du syndrome du côlon irritable (SII).⁶ Comme son nom l'indique, il s'agit d'un syndrome : expression de symptômes tels que des sensations gênantes de pression dans l'abdomen, une tendance aux diarrhées et à la constipation. On écartera le SII de notre étude.

2.1.2. Démarche diagnostique du symptôme de la constipation chronique fonctionnelle

Anamnèse et examen clinique

Aspects objectifs :

La définition de la constipation se base sur les critères de Rome III ⁷, il s'agit d'une classification développée pour catégoriser les troubles fonctionnels intestinaux. Cette échelle est surtout employée en recherche clinique pour standardiser la définition et homogénéiser les patients inclus dans l'étude. **Les critères de Rome III** permettent d'éliminer le syndrome du côlon irritable avec constipation qui ne rentre pas dans le cadre de notre étude :

Les symptômes existent depuis plus de 6 mois et présence sur les 3 derniers mois d'au moins 2 de ces symptômes suivant :

- moins de 3 évacuations par semaine
- selles dures ou fragmentées (>25% des défécations)
- efforts de poussée (>25% des défécations)
- sensation d'évacuation incomplète (>25% des défécation)
- sensation de blocage ano-rectal (>25% des défécations)
- selles molles rares sans l'usage de laxatif
- pas assez de critères diagnostiques du syndrome de l'intestin irritable



L'échelle de Bristol Stool Chart, (Annexe 1, Figure 2) dont la version originale est l'œuvre du médecin anglais Ken Heaton, amène d'une autre manière au diagnostic de la constipation : c'est un outil visuel et graphique, avec lequel le patient peut identifier ses selles sur 7 images accompagnées d'un descriptif. Cet outil est largement utilisé en pratique, elle est représentative du temps de transit et reste un bon moyen d'évaluer les résultats d'un traitement.⁹

Aspects subjectifs :

Cette évaluation est plus subjective mais bien adaptée à la pratique clinique, elle tient compte de ces 2 aspects :

- Passage des selles difficiles qui augmentent la pression. Temps de vidange des selles plus long.
- Impression de vidange incomplète après être allé à la selle.

Examen clinique

L'examen clinique de l'abdomen et du toucher rectal peut être utile au diagnostic. Selon Bruera (Bruera et al 1994), dans 30% de cas, la constipation est sous-diagnostiquée. Les radiographies de l'abdomen couché et debout sont nécessaires mais ne sont pas recommandés de routine.¹⁰

La constipation fonctionnelle versus organique

La distinction entre la constipation fonctionnelle et la constipation organique relève d'une anamnèse pointue. Les éléments cités en suivant vont permettre d'exclure des causes organiques. Les éléments anamnestiques sont souvent plus parlants que la clinique, qu'il ne faut toutefois pas négliger.¹¹

Les causes organiques pouvant être à l'origine du symptôme de la constipation

- **les causes digestives:** sténose, tumeur, pseudo obstruction chronique intestinale chronique, mégacôlon congénital ou acquis, rectite, séquelle chirurgicale, fissure anale, hémorroïde compliquée.
- **les causes endocriniennes, métaboliques et générales:** hypothyroïdie, hyperparathyroïdie, acromégalie, insuffisance rénale, collagénose, mucoviscidose.
- **les causes neurologiques et constipation psychogène:** maladie de parkinson, tumeur cérébrale, accident vasculaire cérébral, sclérose en plaques, lésions de la queue de cheval, paraplégie post traumatique, états démentiels, autres névroses, psychoses.

Rechercher des signes imposant la recherche d'une pathologie organique :

- Antécédent personnel de cancer gynécologique
- Rectorragies
- Anémie
- Perte de poids



- Constipation sévère ne répondant pas à un traitement adapté
- Aggravation d'une constipation chronique sans cause évidente ¹¹

2.1.3. Conséquences, impact de la constipation chronique fonctionnelle

- Une étude canadienne montre que beaucoup de patients constipés chronique, souffrent d'isolement et de frustration. Cela s'explique par un manque d'information et de connaissance relatif à ce sujet, et de l'hésitation à consulter un médecin. ¹²
- La constipation pourrait avoir une influence sur la qualité de vie. 62% de l'ensemble de population pense qu'un transit régulier, journalier, est un signe de bonne santé. ¹³ Elle peut être la cause de nausées, de douleurs abdominales et de sensation de réplétion. Tous ces symptômes ont un impact négatif sur le physique, le mental, les relations sociales et en conséquence sur la productivité au travail et sur l'absentéisme. ¹⁴
- Les conséquences peuvent être aussi d'ordre : physique, anatomique. Les saignements hémorroïdaires, les fissures anales sont liées aux efforts de poussée. La stase colique serait responsable d'irritation de la muqueuse et d'hypersécrétion. Sur du plus long terme l'accumulation de matières fécales dans le rectum peut mener à la formation d'un fécalome et à la distension de l'ampoule rectale.
- L'impact en terme de santé publique est majeur, la constipation génère environ 1 million de dollars au Canada et le coût total moyen par année en soin de santé pour chaque patient constipé, s'élève à plus de 7500\$. Le coût économique et social est considérable en raison des procédures de diagnostics engagées, des traitements prescrits et du retentissement social. ¹⁵
- Sur le plan éthique, l'élimination intestinale reste aujourd'hui un sujet tabou pour tous, que l'on soit acteur de santé ou malade. L'évolution de la société a suscité l'émergence de sentiments de pudeur, de honte, d'intimité. Ces sentiments ont pris une place importante au XIX^{ème} siècle du fait de l'évolution de l'hygiène corporelle. A cette époque, la pudeur est associée à la sexualité, sujet tabou, et à l'existence de nombreux interdits par rapport au corps. La pudeur s'acquière par les rituels de la société et l'enfant va se les approprier très tôt. Il apprend à ne pas parler de son corps, à respecter certaines conduites sociales. L'évolution de ces concepts a pu induire une gêne à parler de certains troubles comme la constipation. ¹⁶

2.1.4. Prise en charge de la constipation chronique fonctionnelle

La prise en charge initiale consiste à éliminer une forme secondaire avant de conclure à une constipation chronique idiopathique. La stratégie thérapeutique a pour but de soulager les symptômes, de traiter la cause quand c'est possible et de prévenir des complications chez la personne âgée.

Le traitement médical est habituellement empirique, il est basé sur l'expérience du thérapeute et l'historique du patient.¹⁷

En première intention, des mesures **hygiéno-diététiques** peuvent être prises. En 2007, les recommandations de pratique clinique française, montrent l'intérêt thérapeutique de ces mesures dans la constipation chronique.¹⁸

Les conseils d'**aide à la défécation** sont adaptés à chaque individu (rythmicité, répondre à la sensation de besoin). La progression des fèces est maximale 15 minutes après l'ingestion du repas. L'arrivée de matières fécales et la distension de l'ampoule rectale déclenchent de façon physiologique le besoin exonérateur. La sensation est transitoire et s'estompe en quelques minutes, pour ne réapparaître que quelques heures plus tard. D'où l'utilité d'encourager les malades à respecter et répondre à la sensation de besoin.

L'augmentation de **la ration hydrique** est conseillée, mais pour autant, elle n'a pas été réellement prouvée. Le bénéfice de l'apport hydrique journalier, suffisant, est ancré et encouragé dans nos cultures occidentales mais l'augmentation « thérapeutique » de la ration hydrique quotidienne n'est pas utile pour augmenter la fréquence et la consistance des selles. Chez des sujets sains, la diminution de la ration d'eau de 2500ml à moins de 500ml par jour pendant une semaine, diminue le poids des selles. A l'inverse, une augmentation de la ration hydrique n'a aucune influence sur le poids des selles. Chez le sujet constipé, l'augmentation de la ration hydrique serait efficace dans des situations pathologiques de déshydratation, et chez des sujets âgés seulement.¹⁹

L'activité physique influence la motricité du côlon probablement de manière proportionnelle à l'intensité de l'effort, comme elle peut se réduire pendant les phases de sommeil. Cependant les variations de la motricité colique nyctémérale ne sont pas significativement différentes entre des sujets sains et des groupes malades.

Les fibres alimentaires vont avoir un impact sur la consistance des selles. Leur délai d'action est plus long que celui des laxatifs. On privilégie les fibres de céréales (son de blé, pain au son) et les légumes et fruits secs (lentilles, pruneaux, haricots secs). Ses mesures sont prises en première intention dans le traitement de la constipation chronique, mais leurs effets sont très modestes.²⁰

Conclusion : l'application de ces mesures hygiéno-diététiques permet d'améliorer partiellement la constipation et aura un impact sur la consistance des selles. Ces recommandations sont toutefois difficiles à instaurer durablement du fait des habitudes prises par le patient depuis plusieurs années.

Les laxatifs : en France sur 60% d'adultes estimant souffrir de constipation, un tiers seulement consulterait un médecin, les autres pratiquent l'automédication. L'utilisation de laxatifs vise à ramollir des selles trop sèches et trop dures, et à augmenter leur volume. Il existe 5 familles principales de laxatifs, leurs mécanismes d'action sont différents : provoquer des réflexes péristaltiques qui stimulent l'expulsion des selles, modifier la consistance des selles et éviter les efforts de poussée. D'après un recueil de résultats tiré de différents essais cliniques, on a conclu que l'efficacité des



laxatifs soulageaient davantage les symptômes de la constipation qu'un placebo. Toutes les études signalaient des effets secondaires mineurs causés par les laxatifs pour des durées de traitement d'une semaine à un an.²¹ Les effets secondaires touchent le système digestif ; diarrhées et autres symptômes comme des ballonnements, des brûlures anales, des douleurs abdominales. La prise de laxatifs n'est pas sans conséquences, 150 spécialités sont disponibles sans prescription médicale, et incite à l'automédication.²²

La chirurgie est rarement requise dans le traitement de la constipation. Les indications les plus fréquentes sont : les maladies neuro dégénératives, l'altération de la fonction d'évacuation rectale. Elle intéresse surtout les conséquences liées au problème de la constipation comme la distension de l'ampoule rectale. La colostomie dans les cas de constipation à transit lent ou de trouble de l'évacuation s'avère cependant décevante.²³

Dans tous les cas, on ne veut pas se suppléer à quelque chose qui ne fonctionne pas, mais plutôt stimuler la structure pour qu'elle puisse mieux fonctionner. On peut espérer que l'ostéopathie ait aussi action sur la structure « côlon » et par conséquence sur la fonction de défécation du côlon.

2.2. Concept ostéopathique et relation avec la constipation chronique fonctionnelle

La constipation fonctionnelle, peut faire partie de notre champ d'action en ostéopathie structurelle, dans la mesure où ce symptôme n'est pas la conséquence d'une lésion irréversible.

La médecine va optimiser à la fois les variables de milieu du patient (hydratation, stress, activité sportive, alimentation) qui peuvent avoir une influence sur la qualité du transit et la consistance des matières fécales.

L'ostéopathie va optimiser les variables de régulation mécanique, neurologique et vasculaire localement et /ou à distance de la « structure » côlon, afin d'améliorer la fonction de défécation du côlon. On peut espérer que notre action sur les lésions tissulaires réversibles aura une influence sur la trophicité et la liberté mécanique du complexe digestif, en conséquence: sur la motricité du côlon mise en cause dans la constipation. Il faudra dans l'anamnèse évoquer et éliminer toutes les pathologies irréversibles, organiques, obstructives, qui ne sont pas de notre niveau de complexité, ce pour quoi la colopathie fonctionnelle intéresse l'ostéopathie. Les outils à notre porté sont ; l'anamnèse, le bilan visuel, le bilan palpatoire de l'abdomen et des structures en relation, les techniques structurelles et les manœuvres fonctionnelles. Nous nous appuierons sur le modèle ostéopathique structurel pour développer notre raisonnement.

La pathologie fonctionnelle est exprimée de la manière suivante en ostéopathie structurelle :

La constipation est l'expression d'une perturbation de la fonction du côlon. Cette perturbation n'est pas le fruit d'une malformation ou d'une maladie organique, mais de la présence d'un changement d'état tissulaire de structure(s) locale(s) ou à distance(s) en lien avec la structure côlon qui



s'exprime. Ce changement d'état du tissu conjonctif est encore réversible par la modification de certaines contraintes extérieures.

Notre geste thérapeutique consiste à appliquer des contraintes extérieures différentes de la fonction habituelle perturbée et perturbante, afin de déclencher une suite de réactions physiologiques favorables, donc fonctionnelles, au sein de la structure côlon.

2.2.1. Concept de la lésion structurelle

La structure est soumise à deux types de sollicitations : internes et externes à l'individu.

Les sollicitations internes sont constituées par des variables d'ordre mécanique, neurologique et vasculaire. Ces trois variables mettent en relation une structure avec d'autres structures de l'organisme.

Les sollicitations externes constituent les variables de milieu dans lequel l'homme évolue; Elles peuvent être d'ordre mécaniques (mécanique, choc, trauma), alimentaires, sociales, environnementales.

Le bon état de santé de la structure sera dépendant de sa capacité à supporter des contraintes maximales dans les limites de sa physiologie, sans altérer sa composition.

Pour cela il est nécessaire d'avoir des sollicitations quantitativement et qualitativement optimales. Lorsque les sollicitations ne sont plus optimales, sur une certaine durée, cela contribue à une diminution des besoins énergétiques locaux et à une diminution des échanges liquidiens dans les tissus. Le processus statique s'installe au détriment du processus dynamique. Les tissus évoluent vers la fixité. La structure ne remplit plus sa fonction correctement. La structure change alors d'état et la lésion tissulaire s'installe ; elle est physiologique et est autoentretenu dans le temps. Elle confirme l'hypo-sollicitation. Mais comme elle concerne l'état de la structure et non sa composition, elle sera réversible.³

Nous définissons la lésion comme une altération de l'état de la structure qui s'objective par une perte des qualités mécaniques, de déformabilité et d'élasticité du tissu conjonctif ; nous la nommons lésion tissulaire réversible (L.T.R). La LTR est caractérisée selon notre école d'ostéopathie comme « grosse, dure et sensible quand on y touche ». Grosse et dure par perte des qualités du tissu conjonctif et sensible quand le praticien sollicite le tissu conjonctif en lésion. Cette sollicitation correspond au test de résistance qui objective la lésion.

Pour bien fonctionner le côlon doit être bien sollicité mécaniquement, il doit être bien irrigué, bien drainé, et bien innervé. Si la structure est moins bien sollicitée, elle perd en qualité et la fonction du côlon est diminuée. Il peut y avoir des répercussions fonctionnelles sur le transit et l'évacuation des selles. Le but du traitement ostéopathique dans ce cas est de rechercher et traiter, les perturbations qui sont des lésions tissulaires réversibles localement, à



proximité du côlon, mais aussi à distance, pour que la fonction de défécation du côlon, puisse se réaliser normalement.

2.2.2. La manipulation structurelle

La manipulation structurelle ostéo-articulaire est un « acte mécanique, réglable en vitesse, en masse et en amplitude le plus localement possible sur le tissu altéré, afin d'en modifier la consistance par voie réflexe. Notre but est de lever la barrière qui empêche le corps de trouver lui-même toutes les positions et fonctionnalités dont il aura besoin ».

Par l'action mécanique, le but sera de déclencher un réflexe neuro vasculaire afin d'améliorer l'état du tissu conjonctif localement.

En viscéral, on appréhende la lésion d'une manière différente, nous sommes dans un milieu liquidien. On recherche les densités, les volumes. On n'utilise pas la vitesse, on accepte la gravité, on utilise le temps pour s'impliquer et pénétrer dans le ventre en respectant le rythme du patient. On utilise la mise en tension d'un volume, les vibrations, le thrust, pour créer un réflexe neuro-vasculaire. L'action reste la même, on ne cherchera pas à « remettre les viscères à leur place, mais à faire en sorte qu'ils soient libres ».

2.2.3. Objectivation de la lésion structurelle et protocole d'investigation des variables de régulation

D'un point de vue fonctionnel, l'appareil digestif a pour fonction la digestion, pour cela il doit être capable de :

- **motricité**, grâce à laquelle les aliments subissent des transformations mécaniques qui les fragmentent, les mêlent aux sécrétions digestives, et les font progresser dans le tube digestif. La motricité permet une meilleure absorption.
- **sécrétion** des sucs digestifs et du mucus.
- **absorption**, dans le transport d'eau, d'électrolytes, de la lumière du tube digestif vers les capillaires via les cellules du tractus digestif.
- pour le côlon plus spécifiquement les fonctions principales sont : La fin de la **transformation du bol intestinal** grâce aux bactéries présentes dans sa lumière, par des phénomènes de putréfaction et de fermentation, la réabsorption de l'eau et des électrolytes, **la progression, le stockage et l'évacuation du bol fécal** grâce à une importante sécrétion de mucus.²⁴

Pour cela il faut que le tube digestif, et le côlon en particulier soit souple et déformable, bien vascularisé (bien nourri et drainé), bien innervé. Nous avons comme postulat qu'une LTR située sur les structures qui gèrent la mécanique, la vascularisation ou l'innervation de cet organe est susceptible de perturber la fonction de l'organe.



Les symptômes sont l'expression d'une dysfonction ou d'une mauvaise qualité de la fonction. S'il y a une dysfonction, elle est générée par un dysstructure :

Le traitement ostéopathique va intervenir sur les LTR qui se situent sur les structures, en lien avec le côlon (la structure qui s'exprime n'étant pas forcément le siège de la lésion) afin de lui rendre ses possibilités fonctionnelles. Dans notre traitement, nous recherchons à la fois des lésions tissulaires, des lésions circulatoires mais aussi les structures pouvant interagir à distance via les voies métamériques. Notre action a pour but de lever les lésions structurelles pour que l'organe retrouve sa fonction. Pour cela nous devons investiguer les variables de régulation mécanique, neurologique et vasculaire locale ou à distance en relation avec le côlon :

Au niveau mécanique :

L'investigation abdominale s'intéresse au cadre colique :

Notre action s'oriente sur le tissu conjonctif autour de l'organe. On s'intéressera davantage aux éléments fixes.

Le côlon sur toutes ses faces, est entouré par une séreuse péritonéale formant le fascia de Toldt en arrière des parties ascendante et descendante du côlon, éléments plutôt fixes, et le méso (méso côlon transverse) au niveau du côlon transverse, le relie à la paroi postérieure, et lui permet une certaine mobilité.²⁵

Investigation du rachis lombaire, du bassin, des côtes basses, de la charnière dorso lombaire, du diaphragme :

Du fait des rapports mécanique à distance avec le côlon. L'ensemble formant le contenant du système digestif. « Le contenant est au service du contenu ».



Au niveau neurologique :

C'est l'action mécanique sur le tissu conjonctif lésionnel, à proximité des centres neurologiques, qui crée un effet réflexe via le système nerveux dans la zone concernée.

La digestion garante de notre survie nécessite une très grande puissance nerveuse. Si le cerveau devait être mobilisé pour cette action, nous serions incapable de penser ou de nous consacrer à d'autres tâches. C'est pour cela que cette activité est sous-traitée par un second cerveau : le système neurovégétatif.¹

Il existe 2 plexus : le plexus sous muqueux de Meissner qui contrôle les sécrétions et le plexus myentérique d'Auerbach qui contrôle la motricité. Ces plexus reçoivent des afférences du système neurovégétatif : des centres bulbaires parasympathiques et des centres thoraciques orthosympathiques. Tous les étages de l'appareil digestif sont concernés par cette double innervation qui fonctionne de manière coordonnée.

Au niveau parasympathique, l'innervation est assurée par le nerf vague et le plexus sacré :

Investigation du foramen jugulaire : foramen de sortie des nerfs vagues (nerf 10), qui assurent la motricité du tube digestif de la partie se trouvant au dessus de l'angle colique gauche.

Investigation du sacrum S2, S3, S4 : pour ses relations avec le système nerveux para sacré assurant la motricité du tube digestif de la partie se trouvant en dessous de l'angle colique gauche.

Au niveau de l'orthosympathique :

Investigation de la zone vertébrale de D10 à L2 : l'innervation est assurée par les nerfs issus des étages de D10 à L2 pour le côlon.

Au niveau neurovasculaire :

La commande neurologique :

Notre action mécanique en améliorant l'état du tissu conjonctif à proximité des centres et des relais neuro vasculaires aura un effet sur le système vasculaire. Le système orthosympathique permet de réguler le diamètre des vaisseaux sanguins et par conséquent, il permet une irrigation plus ou moins importante des tissus de la zone dont dépend le métamère localement ou à distance.

Les premiers centres de commande, se situent au niveau de la moelle, dans la zone intermédiaire latérale (ZIL). Les fibres orthosympathiques traversent les ganglions caténaux sans faire synapse. En se réunissant elles forment les nerfs splanchniques et font synapse avec un deuxième neurone au niveau des ganglion pré caténaire se situant au niveau des carrefours aortique. Les premiers centres de la ZIL se situent entre D8 et L2. Nous irons investiguer la zone intéressant le côlon :



Au niveau vasculaire

Le système vasculaire intestinal est l'un des systèmes les plus adaptatifs du corps humain. En période post-prandiale, la part destinée à la vascularisation digestive peut représenter jusqu'à 35% du débit sanguin total. Dans le cas d'insuffisance cardiaque, d'hypovolémie, on observe une diminution de la quantité de ses réserves et une redistribution vers les territoires en souffrance. Cette adaptation maintenant une stabilité hémodynamique est le résultat d'une coopération entre les résistances du systèmes pré et post capillaires.²⁶

La présence de stases veineuses et lymphatiques peut limiter la circulation générale. Le drainage local a une action sur les lésions dites circulatoires. Nous utilisons :

Les manœuvres fonctionnelles : le DVTM et la dynamogénique qui a une action mécanique sur le flux sanguin et induit un réflexe neurologique par métamérisation.

Au niveau des variables de fonction :

Le côlon est interdépendant des autres organes avec qui il partage la même fonction de digestion. Il semble alors important d'aller investiguer les organes voisins.

Conclusion:

Il ne s'agit pas d'un protocole de traitement, mais « d'un modèle » de protocole d'investigation. Il nous est permis de penser que l'ostéopathie a sa place dans la prise en charge du patient présentant une constipation chronique fonctionnelle. Ce travail vise l'objectivation d'une amélioration de la constipation chronique fonctionnelle par un traitement ostéopathique.



3. HYPOTHESE

Les patients atteints d'une constipation chronique fonctionnelle, sont améliorés par un traitement ostéopathique structurel :

- la fréquence des selles est augmentée : « calendrier fécal » (annexe 2)
- les ballonnements et la gêne abdominale sont diminués : « Echelle visuelle analogique » (annexe 3)
- la sévérité de la constipation est diminuée : « The Constipation Scoring system » (annexe 4)
- la qualité de vie est améliorée : « The PAC-QOL » (annexe 5)

Ce suivi de cohorte étudie les effets du traitement ostéopathique structurel sur ces 4 variables.

L'évaluation des 4 variables sera effectuée en 3 temps : à E₁ avant le traitement ostéopathique, à E₂ 28 jours après la 1^{ère} séance et à E₃ 90 jours après la 1^{ère} séance. Les mesures seront présentées de la manière suivante :

EFFECTIFS	AVANT TRAITEMENT	APRES TRAITEMENT
SUIVI de la cohorte	n= 6	n= 6

4. POPULATION

La méthode retenue est une étude de cohorte. Pour cela nous allons suivre un groupe de 6 personnes présentant une constipation chronique fonctionnelle (tableau 1). L'échelle de Bristol (annexe 1) ainsi que les critères de Rome III nous permettent de confirmer le diagnostic. Seront évalués : l'évolution de la sévérité de la constipation, le nombre de selles hebdomadaires, la gêne abdominale et l'effet sur la qualité de vie après avoir reçu un traitement ostéopathique, ainsi que la satisfaction relative au traitement.

Dans ce travail, la population est composée de 6 femmes, âgées de 20 à 61 ans. Présentant une constipation datant de 5 à plus de 20 ans. Cette étude est réalisée à Nantes en cabinet. Les prises en charges se sont déroulées de janvier à mars 2016, à raison de 2 séances de soin espacées d'une semaine. L'étude comporte des critères d'exclusion et d'inclusion.



4.1. Critères d'inclusion

- les personnes doivent remplir les critères de Rome III.
- présenter une constipation chronique fonctionnelle.
- n'avoir jamais reçu un soin ostéopathique dans le cadre de leur constipation.

4.2. Critères d'exclusion

- les femmes enceintes.
- les enfants.
- les personnes souffrant d'une constipation chronique secondaire ou causée par la médication, des pathologies ou le syndrome du côlon irritable.
- les chirurgies abdominales, péri anales ou pelviennes.
- les troubles médicaux comme : hypothyroïdie, le diabète, la SEP, le syndrome du côlon irritable, des lésions de la moelle épinière, le cancer du côlon.
- des anomalies anatomiques comme la maladie de Hirschsprung.⁵

Tout ce qui concerne les lésions dites irréversibles (usées, cassées, mal construites), ne rentre pas dans le champ de notre domaine de compétence, nous ne pouvons donc avoir d'action dessus.

5. MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude écologique, réalisée en cabinet. Les patients ne sont pas choisis au hasard. L'ostéopathie et l'ostéopathe sont bien connus des patients. Il ne s'agit ni d'une étude randomisée ni réalisée en aveugle. C'est une étude prospective d'un niveau de preuve 4 selon L'HAS. L'étude présente des biais qui sont donc connus. L'étude se déroule sur une période de 3 mois, entre la 1^{ère} séance de pré inclusion à E₁ J0 et l'évaluation finale du traitement à E₃ J90.

5.1. Protocole

Le traitement ostéopathique est réalisé par le même thérapeute pour tous les sujets, kinésithérapeute et étudiante en 5^{ème} année d'ostéopathie à l'IFSO-R. Ce choix permet d'assurer une régularité dans le geste manipulatif.

5.1.1. Déroulement de la séance d'ostéopathie

- Le traitement répond au concept ostéopathique structurel enseigné par l'IFSO-R.
- La séance commence par une anamnèse détaillée et centrée sur la constipation et les antécédents en rapport.



- le soin s'effectue par une approche locale de l'abdomen pour investiguer les zones en lésions, grâce au test de densité. On s'intéresse aussi à la zone dorsale, lombaire, sacrée et crânienne en suivant la logique du modèle fondamental structurel.
- le patient est placé en décubitus dorsal, en décubitus latéral ou assis, selon les techniques utilisées. On commence l'investigation au niveau local, puis on s'intéresse aux structures à distance, pouvant avoir une influence sur la trophicité tissulaire en rapport avec le côlon qu'elles soient mécaniques, vasculaires ou neurologiques.
- Les lésions tissulaires réversibles sont objectivées par les tests de résistance et sont traitées par manipulation structurelle. Les tests de résistance sont cotés selon leur densité de + à +++ (=moyennement dense+, dense+, très dense+++) et répertoriés sur les fiches cliniques établies par Bretagne Ostéopathie. Les LTR sont traitées au cours de la séance.
- A l'issue du traitement effectué. L'ostéopathe réalise à nouveau les tests de déformabilité et de densité après chaque manipulation afin de constater un changement tissulaire de l'état de la lésion.
- Le traitement est propre à chaque individu en fonction des lésions réversibles rencontrées, cependant, nous suivons le fil conducteur qu'est le protocole d'investigation décrit précédemment.
- La deuxième séance se déroule de la même manière, avec un bilan, et le recueil de données à chaque début de séance ; anamnèse, bilan général, détails supplémentaires apportées au cours du traitement.
- Des conseils sur l'hygiène de vie, l'hydratation, l'alimentation, l'activité physique sont recommandés à chacun des patients.

5.1.2. Le protocole des mesures

Les mesures permettant de mettre en évidence un effet de l'ostéopathie sur la CFC se réalisent de J0 à J90.

L'évaluation de l'état du patient permettant de mettre en œuvre le traitement ostéopathique est réalisée systématiquement avant chacune des 2 séances.

Jour 0 : séance de pré-inclusion à l'étude. Le patient doit répondre aux critères de Rome III et à l'échelle de Bristol. Ensuite on effectue une anamnèse sur la fiche clinique de Bretagne Ostéopathie. Seront relevés ; la date des dernières selles, la cotation sur l'échelle visuelle analogique des ballonnements ressentis, le score de la sévérité de la constipation initiale d'après le questionnaire « Constipation Scoring Système » , le score représentatif de l'impact de la constipation sur la qualité de vie, d'après le questionnaire « Pac Qol ».



Jour 7 : 1^{ère} séance ostéopathique. Un bilan ostéopathique est pratiqué et une recherche des lésions tissulaires. Traitement des lésions tissulaires réversibles.

Jour 14 : 2^{ème} séance ostéopathique. On retourne investiguer les zones répertoriées lors de la 1^{ère} séance. Traitement des lésions tissulaires à la suite du bilan ostéopathique.

Jour 28 : tous les critères d'évaluation sont réévalués.

Jour 90 : évaluation finale de l'étude. Tous les critères sont réévalués.

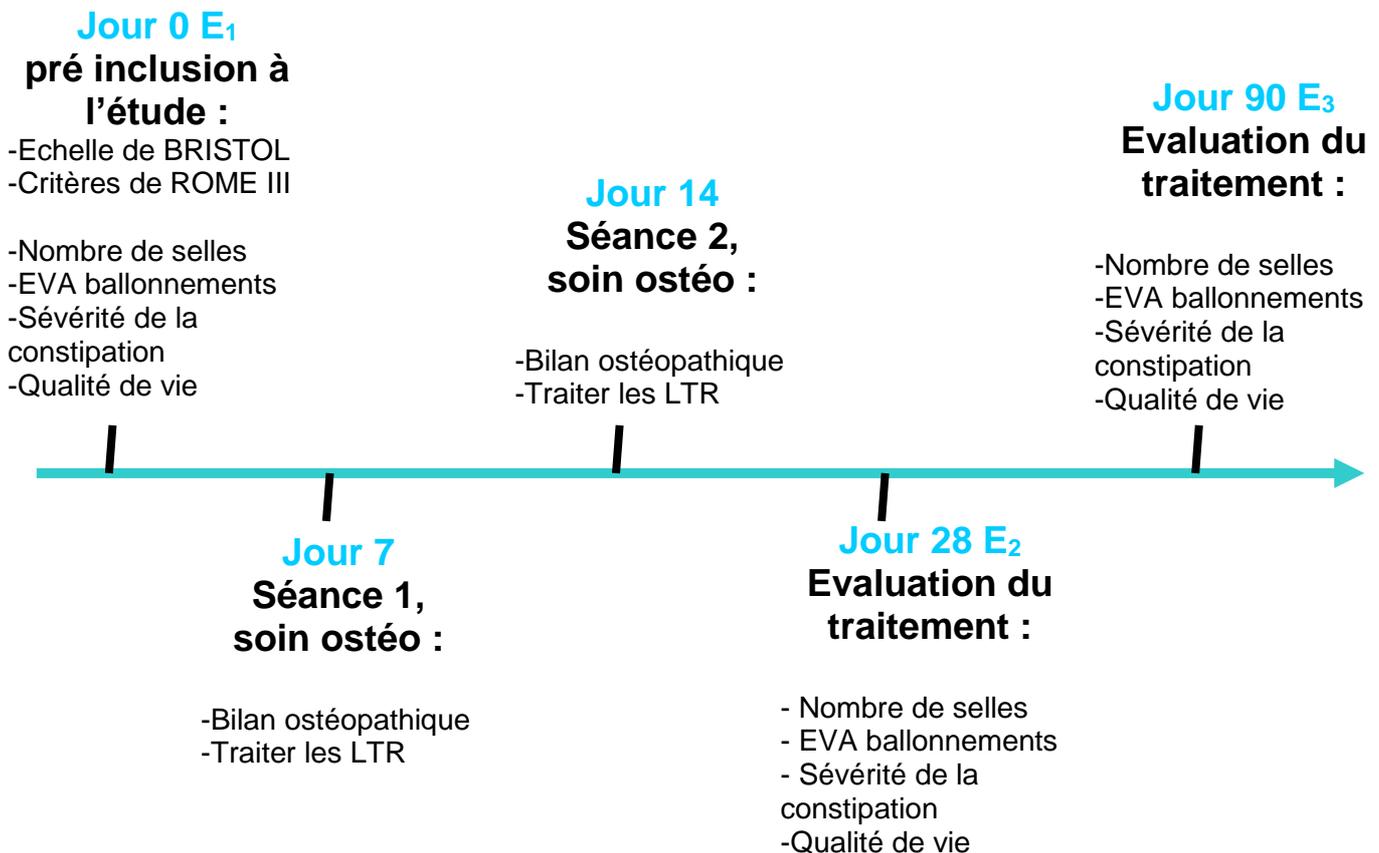


Figure 3 : Synthèse de la chronologie de l'étude

5.2. Matériel

5.2.1. Critères d'évaluation

Nous allons étudier les effets du traitement ostéopathique sur la constipation chronique fonctionnelle à partir des critères d'évaluation suivants :

- **le nombre des selles :**

Calendrier fécal. Un calendrier est donné aux patients (Annexe 2). Il devra y répertorier le nombre de selles par jour, et s'il y a eu une prise de laxatif. Le calendrier est à mettre à jour, tout



au long de l'étude, afin d'évaluer l'évolution du nombre de selles hebdomadaires. Sachant que **la moyenne se situe entre 3 selles par jour à 3 selles par semaine.**

Nous faisons l'hypothèse que le traitement ostéopathe peut améliorer le nombre de selles par semaine.

- **les ballonnements et la gêne abdominale :**

L'échelle visuelle analogique appliquée à ses symptômes sera utilisée. (Annexe 3) Le patient devra noter sa gêne entre 0 et 10. **10 étant la cotation d'une gêne maximale, 0 étant la cotation d'une absence de gêne.**

Nous faisons l'hypothèse que le traitement ostéopathe puisse avoir un impact sur le ressenti de la gêne abdominale.

- **la sévérité de la constipation chronique :**

« The Constipation Scoring System » (annexe 4), permet d'évaluer la sévérité de la constipation. Il est utilisé pour obtenir la meilleure description possible de la constipation, la difficulté étant, que les patients sont focalisés sur des symptômes, tels que les ballonnements, des douleurs, des gênes abdominales et pelviennes et des nausées. Le questionnaire présente 8 items. Les réponses aux questions sont notées de 0 à 4. **Le score varie de 0 à 30. 0 étant un score normal, un score de 30 signifiant une constipation sévère.**²⁷

Nous faisons l'hypothèse qu'un traitement ostéopathe structurel puisse diminuer le degré de sévérité de la constipation chronique fonctionnelle.

- **la qualité de vie :**

« The PAC-QOL » (Annexe 5), se présente sous forme de questionnaire (traduit par la méthode translate-retranslate) permettant d'évaluer la constipation, et plus spécifiquement l'impact sur la qualité de vie du patient au travers des deux dernières semaines passées. 28 questions sont posées, regroupées en 4 sous catégories : l'inconfort physique, le malaise psychosocial, l'inquiétude ainsi que les préoccupations et enfin la satisfaction du traitement. Chaque item est coté de 0 à 4. **Le score pouvant aller de 0 à 96 (pour les 3 sous catégories les scores plus faibles indiquent une meilleure qualité de vie), Pour la sous catégorie de satisfaction, le score global varie de 0 à 16 (score pauvre de 0-4, Assez bon 5-8, bon 9-12, excellent 13-16).**

Nous faisons l'hypothèse qu'un traitement ostéopathe structurel puisse avoir un impact sur la qualité de vie relative au problème de constipation chronique fonctionnelle par une diminution du score, et un score qui augmente pour la sous catégorie évaluant la satisfaction relative.²⁷



5.2.2. Consentement éclairé

Ce consentement est présenté au patient, afin de lui présenter et de l'informer clairement du but de notre étude. Il aura le libre choix de participer à notre intervention thérapeutique et de se retirer de l'étude s'il le souhaite. Le traitement ostéopathique dans le cadre de ce travail, est réalisé gratuitement par le praticien. (Annexe 6)

5.2.3. La fiche clinique

On utilise les fiches cliniques de l'IFSO-R, pour effectuer le premier bilan. (Annexe 7)

6. RESULTATS

Les résultats sont recueillis au terme de 2 séances d'ostéopathie: à E₁ (évaluation avant traitement), à E₂ (évaluation 28 jours après la 1^{ère} séance) et à E₃ (évaluation 90 jours après la 1^{ère} séance). Cela nous permet d'analyser l'évolution du symptôme à court et à moyen terme. Nous devons adapter le nombre de soins à la réponse tissulaire du patient qui peut nous amener à effectuer une séance supplémentaire.

6.1. **Présentation des cas**

Cette étude a été réalisée auprès de 6 femmes âgées de 20 ans à 61 ans. La moyenne d'âge étant de 43,83 ans. 100% des cas sont des femmes. Les patientes sont notées de 1 à 6 :

	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4	Cas 5	Cas 6
Age	20 ans	56 ans	61 ans	25 ans	54 ans	47 ans
Profession	étudiante	assistante RH	retraité, ancienne libraire	professeur des écoles	Arrêt de travail	Recherche d'emploi
Nombre d'années de constipation	5	+ 20	+ 20	10	+ 20	15
Signes associés	/	gêne abdominale, ballonnement	gêne abdominale, ballonnement, douleur lombaire	Gêne abdominale, hémorroïdes, douleur lomboire, selles claires	ballonnement	ballonnement
Traitement	/	laxatifs très occasionnellement	/	/	Laxatifs quand c'est nécessaire, anxiolytique, antidépresseur, anti cholestérol	suppositoire glycérine, anti inflammatoire régulièrement



Régime alimentaire	/	contrôle son alimentation, problème d'obésité	/	/	régime sans gluten	/
Hydratation (par jour)	1 L	< 1 L	< 1 L	1,5 L	1,5 L	1,5 L
Activité sportive	/	aquabike, aquagym, marche	/	natation	gym douce	aquabike
ANTCD médicaux	/	opération hernie hiatale (2013)	hernie discale (2003)	/	dépression	AVP (1990)
ANTCD Familiaux	/	/	/	Mère : maladie de crohn Frère : constipation chronique	/	/

Tableau 1 : présentation des cas et caractéristiques relevées à l'anamnèse

L'anamnèse nous permet d'identifier la plainte, d'écarter ce qui n'est pas de notre domaine de compétence, de cibler le profil et les habitudes du patient. Nous pouvons à partir de cela, ajouter au soin ostéopathique, des conseils hygiéno-diététiques simples. S'en en tirer de conclusion générale nous pourrions mettre en relation ses caractéristiques avec les résultats qui vont ressortir de cette étude.

6.2. Résultats des manipulations structurelles effectuées

Les manipulations effectuées sur les zones en lésion sont répertoriées dans un tableau. Les LTR sont objectivées par un test de résistance.

Les tests de résistance sont cotés selon leur densité de + à +++ (=moyennement dense+, dense+, très dense+++), OK pas de lésion).

Les résultats (annexe 8) sont présentés pour chaque cas sous forme de tableau à 2 entrées, d'une part les zones à traiter et d'autre part la densité de la lésion retrouvée (+, ++, +++, OK) lors de la 1^{ère} et de la 2^{ème} séance.

Tous les sujets ont reçu 2 séances de soin. Les résultats et leurs interprétations restent très subjectifs, étant donné que l'étude est menée par le même examinateur. Pour une lecture plus facile des résultats, on a réalisé une synthèse des données qualitatives et quantitatives de la 1^{ère} et de la 2^{ème} séance :

6.2.1. Relevé des données qualitatives

On a répertorié (tableau 2) toutes les zones qui avaient été traitées chez les 6 cas au cours de l'étude (annexe 8) :



Zones en lésion traitées	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4	Cas 5	Cas 6
Fosse iliaque Droite		+	+	+		
Hypochondre Droit	+			+	+	+
Hypochondre Gauche	+		+			
Fosse iliaque Gauche	+	+	+	+		+
Sacro iliaque Droite	+			+		
Sacro iliaque Gauche		+	+	+		
L4 Droite	+		+			
L2 Droite			+			
L2 Gauche						+
L1 Droite					+	
D12 Droite					+	
D12 gauche		+				
D10 droite		+		+		+
PJ Gauche	+	+				

Tableau 2 : Synthèse qualitative des zones en lésions retrouvées lors du traitement ostéopathique

- Des lésions ont été retrouvées dans la zone viscérale, sacrée, lombaire, dorsale basse et temporale.
- Lésions tissulaires réversibles les plus fréquentes :



83,3% de la population présente une lésion en regard de la **fosse iliaque gauche**.

66,6% de la population présente une lésion en regard de l'**hypochondre droit**.

50% de la population présente une lésion en regard de la **fosse iliaque droite**.

50% de la population présente une lésion en regard de la **sacro iliaque gauche**.

50% de la population présente une lésion au niveau de **D10**.

Il est intéressant de relever que 5 cas sur 6 présentent une lésion au niveau de la fosse iliaque gauche, zone en regard de la partie terminale du côlon.

6.2.2. Relevé des données quantitatives

Pour chaque cas (tableau 3), on relève le nombre de lésions trouvées, en corrélation avec la symptomatologie. On a fait le choix de citer uniquement les lésions tissulaires réversibles, appelant à une manipulation structurelle.

	1 ^{ère} séance	2 ^{ème} séance
Cas 1	6 LTR	2 LTR
Cas 2	6 LTR	3 LTR
Cas 3	6 LTR	3 LTR
Cas 4	6 LTR	3 LTR
Cas 5	3 LTR	1 LTR

Tableau 3 : Synthèse quantitative du nombre de lésions retrouvées lors de la première et de la deuxième séance.

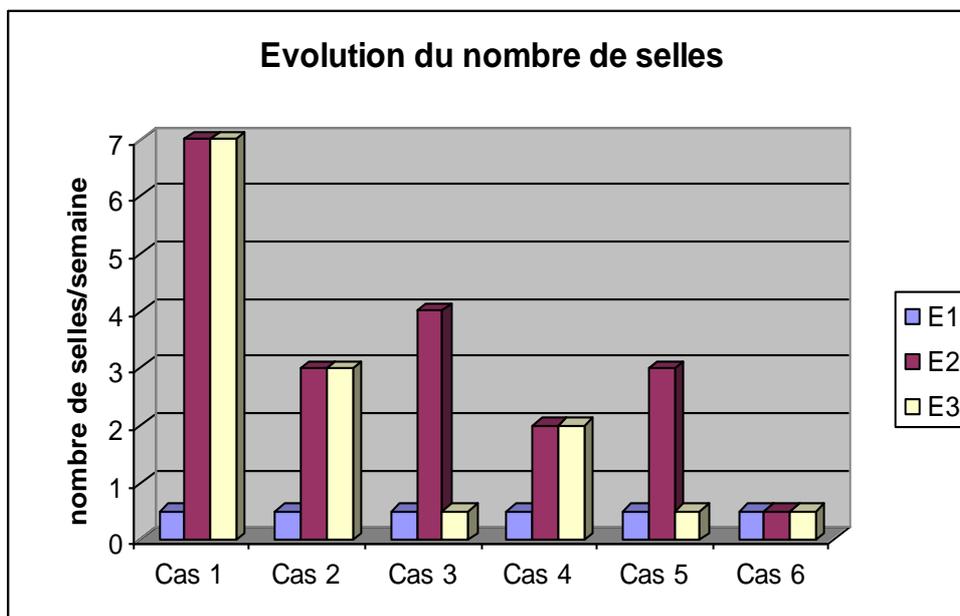
- Les lésions traitées lors de la première séance, sont testées puis traitées à nouveau si nécessaire lors de la 2^{ème} séance.
- Dans tous les cas on note une diminution du nombre de lésions lors de la 2^{ème} séance d'ostéopathie. Tous les cas présentent au moins 6 LTR, sauf les cas 5 et 6 qui en ont respectivement 3 et 4.

D'après les résultats observés, il en ressort que les lésions objectivées sont cohérentes avec la symptomatologie. En effet, on retrouve des lésions au niveau du cadre colique et plus spécifiquement au niveau de sa partie terminale et des structures en relation avec les variables mécanique, neurologique et vasculaire du côlon. Cela conforte notre position par rapport au raisonnement structurel décrit dans la partie ostéopathique. Après traitement des lésions, la qualité tissulaire est améliorée au cours des deux séances, les densités



retrouvées sont diminuées. Il convient maintenant de savoir si le traitement ostéopathique a un réel impact thérapeutique.

6.3. Evolution du nombre de selles



Graphique 1 : résultats de l'évolution du nombre de selles par semaine

Résultats à E₁ avant traitement :

Les 6 cas présentaient moins d'une selle par semaine.

Résultats à E₂ (J28) :

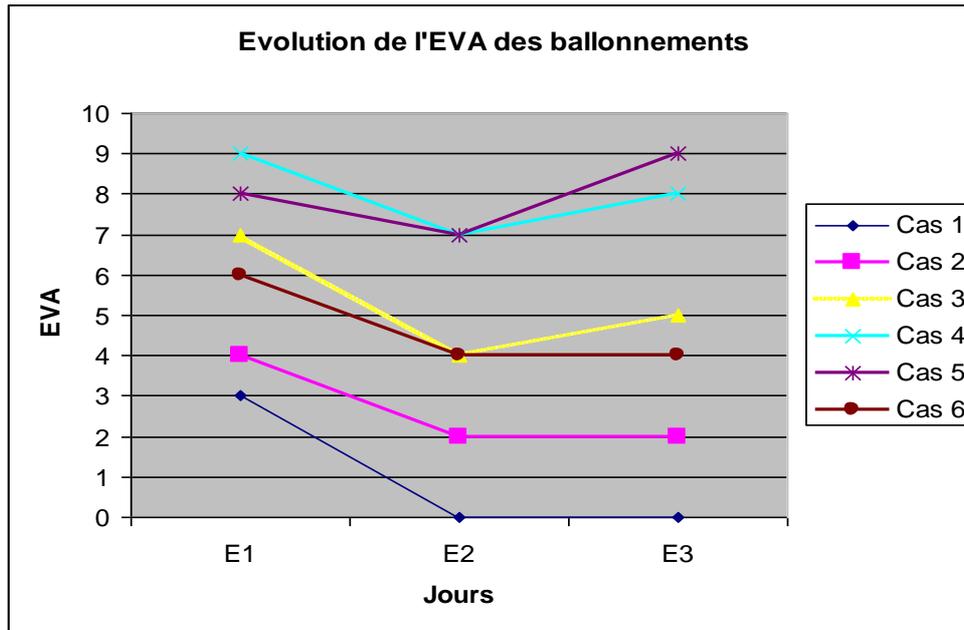
- Le cas 1, 2, 3 et 5 ont une augmentation très significative de leur nombre de selles.
- Le cas 4 a une augmentation significative de son nombre de selles.
- Le cas 6 ne présente aucune amélioration.

Résultats à E₃ (J90) :

- 3 cas sur 6, ont conservé une amélioration du nombre de selles par semaine.
- Les 3 autres cas, ont régressé et présentent les mêmes résultats qu'à E₂
- Le cas 6 n'a présenté aucune amélioration au cours du traitement.



6.4. Evolution de L'EVA des ballonnements et de la gêne abdominale



Graphique 2 : résultats de L'EVA aux ballonnements et à la gêne abdominale

Résultats à E₁ avant traitement :

Tous les sujets présentent une gêne abdominale associée au problème de la constipation. Les cas 1 et 2 ont une gêne modérée en dessous d'une note de 5. Les deux cas 4 et 5 ont une gêne très importante au dessus d'une note de 7. Les cas 3 et 6 ont une gêne assez importante.

Résultats à E₂ (J28) :

- Tous les cas ont une gêne abdominale diminuée de 2 ou 3 niveaux.
- Le cas 1 ne présente plus de gêne.

Résultats à E₃ (J90) :

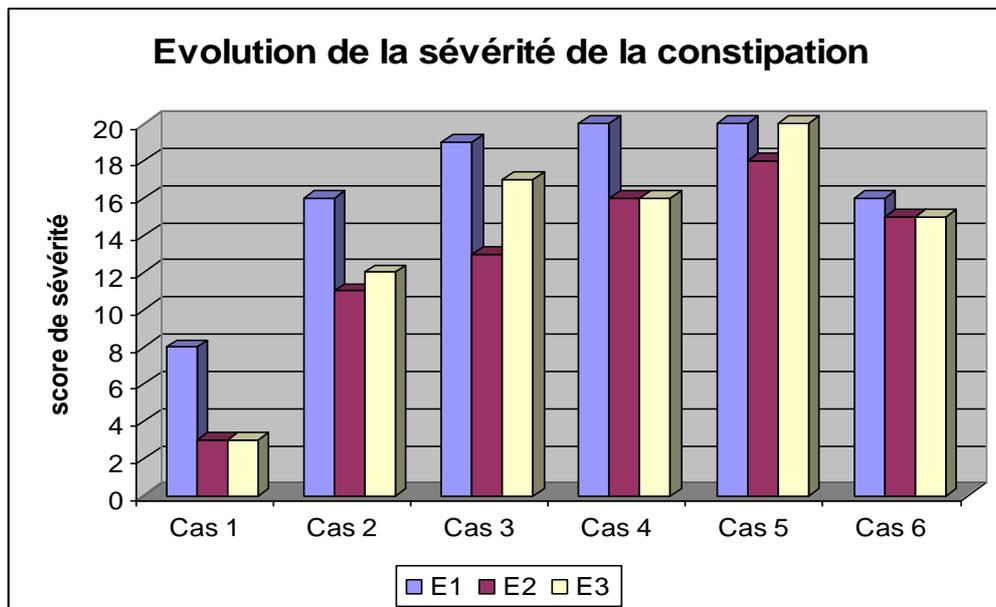
- Les cas 1,2 et 6 conservent la même appréciation de la gêne abdominale qu'à E₂ (J28), améliorée par rapport à l'évaluation initiale.
- Les cas 3 et 4 ont une augmentation de la gêne abdominale, mais conservent une amélioration par rapport à l'évaluation initiale E₁.
- Le cas 5 présente une augmentation de la gêne abdominale, supérieure à l'évaluation initiale.



Conclusion :

La gêne abdominale évaluée par l'échelle visuelle analogique (EVA), nous montre que tous les cas présentent une amélioration de la gêne au court du traitement, excepté pour le cas 5 dont la gêne est revenue au niveau initial.

6.5. Evolution de la sévérité de la constipation



Graphique 3 : évolution du « Constipation Scoring System » au cours de l'étude

Résultats à E₁ avant traitement :

- Les cas 3, 4, 5 présentent une constipation sévère significative.
- Les cas 2 et 6 ont une constipation sévère modérée.
- Le cas 1 présente une constipation sévère très faible.

Résultats à E₂ (J28) :

- Tous les cas ont une diminution du degré de sévérité de la constipation.

Résultats à E₃ (J90):

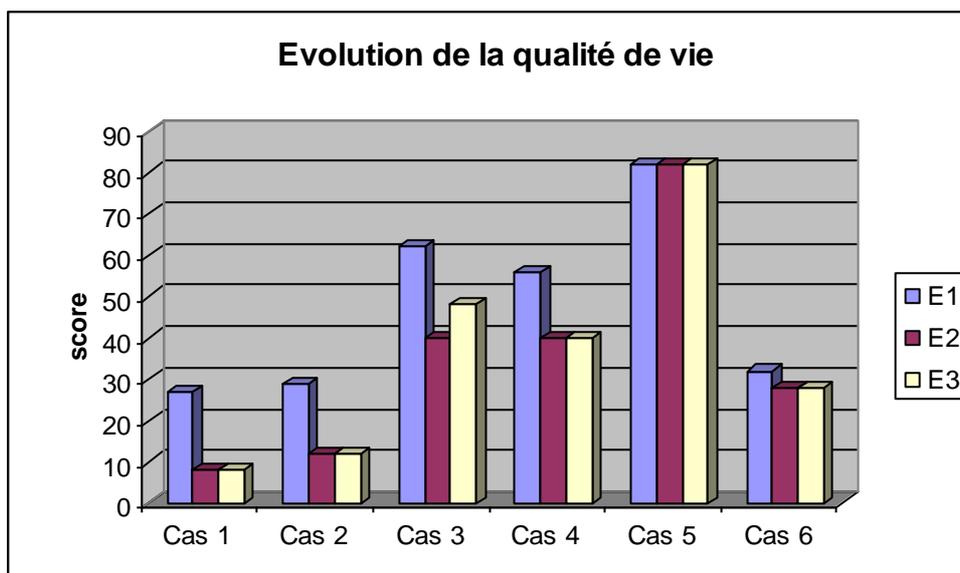
- Les cas 1, 4 et 6 présentent le même score de sévérité qu'à E₂, la sévérité de la constipation reste stable et moindre par rapport à l'évaluation initiale E₁.
- Les cas 2 et 3 ont un score qui réaugmente, mais la sévérité de la constipation reste moins importante qu'à E₁.
- Le cas 5 retrouve un score identique à E₁.



Conclusion :

La sévérité de la constipation est améliorée au court du traitement pour tous les cas, excepté le cas 5 qui ne présente pas d'amélioration. Cette amélioration persiste au bout de 3 mois pour 5 cas sur 6.

6.6. Evolution de la qualité de vie et de la satisfaction relative au traitement



Graphique 4 : évolution du « PAC QOL » au cours de l'étude

Une diminution du score traduit une amélioration de la qualité de vie. Un score se rapprochant de 90 traduit une mauvaise qualité de vie.

Résultats à E₁ avant traitement :

- Pour les cas 3, 4 et 5, la constipation a un impact significatif sur la qualité de vie.
- Pour les cas 1, 2 et 6, la constipation a un impact modéré sur la qualité de vie.

Résultats à E₂ (J28) :

- La qualité de vie est améliorée pour 5 cas sur 6.
- Le cas 5 ne présente pas d'amélioration.

Résultats à E₃ (J90) :

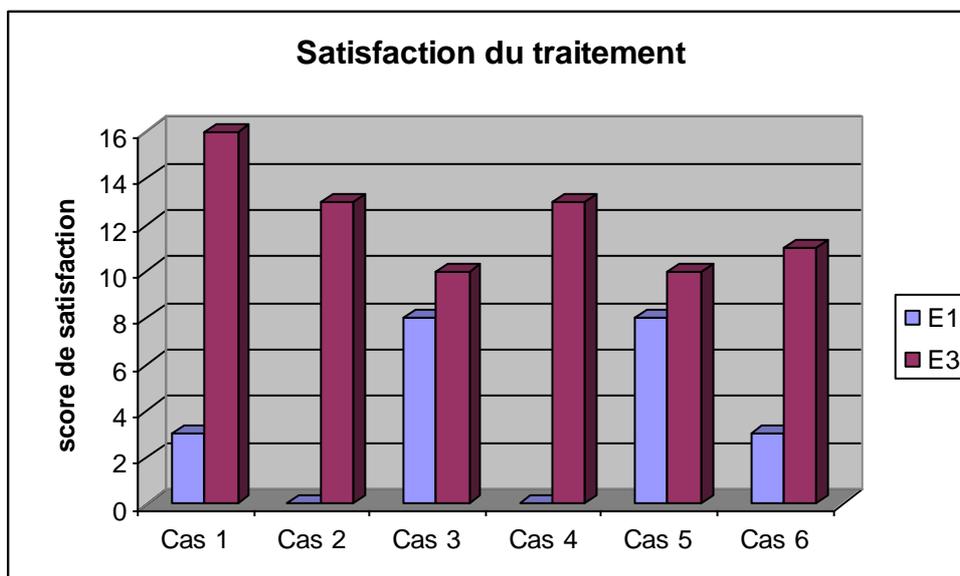
- 4 cas sur 6 ont un score de qualité de vie identique à E₁.
- Le cas 3 voit sa qualité de vie diminuée par rapport à E₂ mais reste améliorée par rapport à E₁.
- Le cas 5 ne présente aucune amélioration.



Conclusion :

La qualité de vie est améliorée au court du traitement pour 5 cas, excepté le cas 5 qui ne présente aucune amélioration. Cette amélioration persiste au bout de 3 mois pour 5 cas sur 6.

Le score de satisfaction du traitement est une sous catégorie du « Pac Qol » questionnaire de la qualité de vie (annexe 5). Le score global varie de 0 à 16 (score: pauvre de 0-4, Assez bon 5-8, bon 9-12, excellent 13-16). (Graphique 5) :



Graphique 5 : évolution du score de satisfaction avant et après traitement

t

Résultats à E₁ avant traitement :

- Les cas 1, 2, 4 et 6, n'étaient pas du tout satisfaits de la qualité de leur transit et des traitements ou de la prise en charge qui ont pu leur être proposés.
- Les cas 3 et 5, étaient assez satisfaits.

Résultats à E₃ (J90) :

- Les cas 3, 5 et 6 sont satisfaits de notre traitement.
- Les cas 1, 2 et 4 sont très satisfaits de notre traitement.

Conclusion :

Tous les sujets sont satisfaits du traitement ostéopathique qui leur a été proposé.



Conclusion générale :

	SELLES	EVA		CONSTIPATION SÉVÉRITÉ		QUALITÉ DE VIE	
	Evolution du nombre de selles	Initiale	Evolution	Initiale	Evolution	Initiale	Evolution
Cas 1 :		faible		faible		peu d'impact	
Cas 2 :		faible		modérée		peu d'impact	
Cas 3 :	 	importante		importante		impact modéré	
Cas 4 :		très importante		très importante		impact modéré	
Cas 5 :	 	très importante		très importante	 	impact important	
Cas 6 :		modérée		modérée		peu d'impact	

Tableau 4 : synthèse de toutes les variables mesurées au cours de l'étude pour chaque cas

- Légende :**
- Evolution améliorée
 - Evolution diminuée
 - Pas d'évolution
 - Amélioration, puis diminution, résultat : pas d'évolution
 - Amélioration puis légère diminution, résultat : légère amélioration

Ce tableau montre que de façon général, les variables mesurées co varient de la même manière. L'amélioration du nombre de selles, peut s'accompagner d'une amélioration : de la gêne abdominale, de la sévérité de la constipation et de la qualité de vie.

On remarque que la qualité de vie est toujours améliorée, même pour les sujets n'ayant pas eu d'évolution satisfaisante du nombre de selles.

Le cas 1 présente la meilleure évolution, c'est aussi le sujet le plus jeune, et pour qui l'impact sur la qualité de vie a le moins d'influence. Le traitement mécanique semble adapté à son cas.

Le cas 2 répond au traitement de manière satisfaisante.

Le cas 3 a été amélioré sur du court terme, mais cela n'a pas tenu sur du moyen terme. La qualité de vie est améliorée.

Le cas 4 est le sujet présentant des critères d'exclusion limites étant donné les antécédents familiaux de maladie de Crohn. L'amélioration est très modérée mais satisfaisante.

Le cas 5 a été amélioré sur du court terme, mais cela n'a pas tenu dans le temps. Il n'y a pas d'évolution au niveau de la qualité de vie. Il s'agit du sujet qui prend le plus de traitements médicamenteux et qui souffre d'une dépression. On relève aussi qu'on retrouve peu de lésions chez ce sujet, et des lésions peu denses. On peut s'interroger sur le côté mécanique du problème qui pourrait ne pas être la cause unique de la symptomatologie.

Le cas 6 n'a pas eu d'augmentation du nombre de selles, mais le traitement a eu un effet positif sur les autres variables. Le patient explique cela par le fait d'avoir eu, une « vraie » prise en charge relative à sa plainte et de se sentir mieux après le soin d'une manière générale.

Nous avons donc après analyse objective des résultats sur du court terme, 5 patients sur 6 qui présentent une amélioration de la fonction de défécation du côlon. A moyen terme 3 patients sur 6 ont une amélioration de la fonction de défécation du côlon. D'autre part la qualité de vie est améliorée pour 5 patients sur 6. Ce suivi de cohorte prospectif valide l'hypothèse selon laquelle le traitement ostéopathe diminue les effets délétères de la constipation fonctionnelle chronique en augmentant le nombre de selles hebdomadaires, en diminuant les ballonnements et la gêne fonctionnelle, en améliorant la qualité de vie des patients. Ces effets positifs sont constatés à court terme dès la 1ère séance et persistent à 3 mois.

7. DISCUSSION

Si l'on conjugue l'amélioration des scores de la qualité de vie, de la satisfaction au traitement et de la sévérité de la constipation, l'augmentation du nombre de selles par semaine, l'amélioration des lésions tissulaires traitées en corrélation avec la symptomatologie, nous sommes cohérents avec l'hypothèse de départ : le traitement ostéopathe a un impact thérapeutique pour au moins 3 cas sur 6 sur du moyen terme. Pour les cas n'ayant pas d'amélioration du nombre de selles ou une amélioration sur du court terme, on observe tout de même que le traitement ostéopathe a une influence sur au moins l'une des 4 variables.



- Cependant, compte tenu du faible nombre de cas, ces résultats ne peuvent s'étendre à l'ensemble de la population et ne nous permet pas de tirer de conclusions générales. Etant donnée l'absence de sujet masculin, notre population n'est pas représentative de la population réelle souffrant de ce symptôme, même si la constipation est beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Il serait intéressant de poursuivre l'étude avec une méthodologie permettant un plus grand niveau de preuve : avec une population plus conséquente pour former un groupe contrôle, l'introduction d'un groupe placebo, la randomisation des sujets et aveuglement des évaluateurs et des patients.

- Notre étude présente des limites : cela commence par la définition même de la constipation fonctionnelle, problématique dans la littérature. Selon les cultures, mais aussi entre individus de même culture, le terme constipation peut-être interprété différemment. C'est pour quoi nous nous basons sur les critères de Rome III et l'échelle de Bristol afin de standardiser la définition et inclure les patients dans l'étude. Cependant, nous devons convenir que sans examen fait au préalable par un spécialiste nous ne pouvons écarter avec certitude une pathologie organique. Ainsi, l'absence de résultat du cas 6 est peut-être liée à un problème médical ne relevant pas des compétences de l'ostéopathe.

- Les personnes ayant recours à des laxatifs régulièrement, sont écartés de l'étude. L'analyse de l'évolution du nombre de selles étant difficile à interpréter en parallèle avec des sujets ne prenant pas de laxatifs. Une étude similaire montre qu'il est difficile de savoir si la diminution de la prise de laxatifs est due à une amélioration de la fonction du côlon ou à l'effet placebo du traitement.²⁸

- L'évaluation du « Pac Qol » et de l'EVA peut être perturbée par l'effet placebo du traitement ostéopathique dans la mesure où les patients savent qu'ils vont avoir un traitement. On a essayé de réaliser les questionnaires sans influencer le patient.

- Le biais de subjectivité est à prendre en considération, le déroulement de l'étude s'effectue du début du traitement jusqu'à l'analyse des résultats par le même examinateur.

- Les points positifs de la méthodologie sont que les outils de mesure sont des outils validés. L'étude est pratiquée dans un cadre écologique, c'est-à-dire qu'elle est représentative d'une pratique réelle effectuée en cabinet.

- L'étude étant courte et simple à mettre en place, les patients se sont engagés facilement, il n'y a pas eu d'abandon. Les patients étaient satisfaits d'avoir été pris en charge comme le montre les résultats du score de satisfaction (graphique 5).

Au vu des résultats apportés, il semble pertinent de dire que l'ostéopathie structurale peut être un outil thérapeutique à proposer aux personnes souffrant de constipation chronique fonctionnelle. La recherche et l'analyse des lésions retrouvées au cours du traitement, ne font pas partie de notre hypothèse de départ, mais restent intéressantes à mettre en parallèle avec nos résultats. En effet, la particularité de ce travail était d'être explicite sur la spécificité de notre concept théorique et pratique



ostéopathique enseignée au sein de l'IFSO-R chez le sujet présentant une constipation chronique fonctionnelle.



8. CONCLUSION

La constipation est un symptôme souvent mal traité. Etant donné son impact sur la qualité de vie, cela nécessite de s'y intéresser davantage. Elle fait partie de notre champ d'action, dans la mesure où elle est fonctionnelle et ne présente pas de lésions irréversibles.

Notre but était de démontrer que l'ostéopathie structurelle pouvait être efficace dans les cas de constipation chronique fonctionnelle.

Dans cette étude, je me suis intéressée à ces sujets, qu'il a fallu d'abord trouver au moyen d'une anamnèse détaillée pour éliminer une constipation d'origine organique.

La réussite du traitement passe par la levée des lésions tissulaires, cohérentes avec la symptomatologie. A tout moment nous suivons ce fil conducteur, qu'est le raisonnement ostéopathique structurel. Nous nous sommes intéressés à la fois aux mesures quantitatives (nombre de selles, score de sévérité de la constipation) et nous avons inclus aussi la dimension subjective d'évolution de la qualité de vie, de la gêne abdominale associée et de la satisfaction du traitement proposé.

L'ostéopathie structurelle a certainement sa place dans le traitement de la constipation fonctionnelle, en plus de recommandations adaptées pour entretenir la fonction.

La constipation est une imbrication de plusieurs facteurs. Le traitement ostéopathique s'adresse à l'un d'entre eux, qui est un facteur mécanique. Les autres facteurs ont tout autant d'importance et sont aussi à prendre en considération dans l'amélioration de la symptomatologie.

Notre profession est en grande partie empirique, avec une transmission orale. Mais il faut savoir expliquer notre démarche de façon scientifique et rigoureuse aux autres professionnels de santé pour prendre entièrement notre place dans le monde médical. Ce travail m'a apporté la rigueur de la démarche scientifique et du cheminement du diagnostic ostéopathique.



9. BIBLIOGRAPHIE

- [1] Le ventre notre deuxième cerveau. Fabrice Papillon Helloise Rambert. Taillandier/ARTE Editions, 2014
- [2] Le charme discret de l'intestin. Tout sur un organe mal aimé . Giulia Enders Acte sud
- [3] Jean-Francois Terramorsi.(2013).Osteopathie structurelle Lésion structure Concepts structurants. Editions Eolienne et Gepro
- [4] Wald A, Scarpignato C, The burden of constipation on quality of life result :result of multinational survey. Aliment pharmacol Ther 2007; 26:227-36
- [5] World Gastroenterology Organisation Global Guideline nov 2010
- [6] Pare P. et coll., Recommendations on chronic constipation (including constipation associated with irritable bowel syndrome) treatment, Can J Gastroenterol, Vol 21, Suppl B, pp.3B-22B
- [7] Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. Gastroenterology 2006;130:1480-91.
- [8] Explorations utiles et inutiles d'une constipation chronique de l'adulte Michel Dapoigny, medecine digestive, CHU clermont-Ferrand INSERM UMR 766, 63001 clermont-Ferrand
- [9] Bristol Stool Chart: Prospective and monocentric study of "stools introspection" in healthy subjects. By Amarenca G. In proges in Urologie. May 2014. Language French: DOI:10.1013/j.purol.2015.06.008. Base de donnée: Science Direct
- [10] Recommandations sur la constipation, l'obstruction intestinale et l'iléus paralytique. Conférence de consensus pour la « Best Practice in Palliative Care » en Suisse-Groupe d'experts de la société Suisse de Medecine palliative. BIGORIO 2007
- [11] Prise en charge et traitement de la constipation chronique de l'adulte. Groupe de veille documentaire, Nambotin P, Boussageon R, Jamet S, Mas JI, Oriol JM, Senez B. FORGENI- 18 septembre 2008
- [12] Comprendre la prévalence et l'impact de la constipation au Canada, Fondation Canadienne de la Santé Digestive, Fevrier 2014
- [13] Initial Evaluation of Constipation J.Marcio N. Jorge. Constipation Etiology, Evaluation, and Management book 2006 Lefebvre
- [14] Quality of life in patients with different constipation subtypes based on the Rome III criteria M.C. Ruiz-Lopez, E. Coss-Adame . Revista de gastroenterologia de Mexico. 2015;80 (1): 13-20 2015



- [15] Constipation chronique chez l'adulte Jean-David Zeiton, Vincent de Parades La Presse Médicale Volume 42, Issue 9, Part 1, septembre 2013, Pages 1176-1185
- [16] Enjeux éthiques de l'infirmière dans la prévention de la constipation des patients hospitalisés : honte, pudeur et d'intimité. Elsevier masson V ; Berger, C. Eymard, H.
- [17] Medical Treatment of Constipation Raymond B. Sandler, Benjamin Person, and Ramu Raju. Constipation Etiology, Evaluation, and Management book 2006
- [18] Constipation chronique: traitements et règles hygiéno-diététiques, ce qui est prouvé. Thierry Piche. Post'U 2014 <1-5
- [19] Piche T, Dapoigny M, Bouteloup C, Chassagne P, Coffin B, Desfourneaux V, Fabiani P, Fatton B, Flammenbaum M, Jacquet A, Luneau F, Mion F, Moore F, Riou D, Senejoux A ; French Gastroenterology Society. [Recommandations for clinical management and treatment of chronic constipation in adults]. Gastroenterol Clin Biol 2007;31:125-35
- [20] Jouet P, La mécanique du transit : mieux la connaître au quotidien, fev 2013
- [21] Canadian journal of gastroenterology & hepatology. L'analyse systématique de laxatives et non stimulants pour traiter la constipation fonctionnelle. Nov 2014, Volume 28 Issue 10 : 549-557
- [22] laxatifs Original Research Article Actualités pharmaceutiques, Volume 51, Issue 513, February 2012, Pages 49-52 Sébastien Faure
- [23] The surgical treatment of chronic constipation. M.R.B. Keighley. Tech Coloproctol (2000) 4:45-47
- [24] Histologie de l'appareil digestif, Métabolisme et Nutrition, PCEM 2, Université de Montpellier1, Faculté de médecine
- [25] Les fondamentaux de la pathologie digestive. CDU-HGE/Editions Elsevier-Masson-October 2014
- [26] Pathologie vasculaire du tube digestif, Physiologie de la vascularisation intestinale, Philippe Zerbib, 2012, pp 29-23
- [27] A Constipation Scoring System to Simplify Evaluation and management of Constipated Patients. Feran Agachan M.D, Tend Chen, M.D. Johann Pfeifer, M.D., Petachia Reissman, M.D., Steven D. Wexner, M.D.,
- [28] The effect of Osteopathic Treatment on Chronic Constipation – A pilot Study, Rebecca Brugman, Kylie Fitzgerald, Gary Fryer. IJOM 13 (2010) 17-23



10. ANNEXES

10.1. Annexes 1

Échelle de Bristol		
Type 1		Petites crottes dures et détachées, ressemblant à des noisettes. Difficiles à évacuer.
Type 2		En forme de saucisse, mais dures et grumeleuses.
Type 3		Comme une saucisse, mais avec des craquelures sur la surface. Crotte quasiment parfaite.
Type 4		Ressemble à une saucisse ou un serpent, lisse et douce. Crotte parfaite.
Type 5		Morceaux mous, avec des bords nets (néanmoins aisés à évacuer).
Type 6		Morceaux duveteux, en lambeaux, selles détrempées.
Type 7		Pas de morceau solide, entièrement liquide.

Figure 2 : Echelle de Bristol

Evaluation de la consistance des selles reproduite avec la permission de Lewis SJ and Heaton KW, et al, Scandinavian Journal of gastroenterology 1997 ;32 :920-4) 1997 Informa Helthcare .

Il est admis que la présence de selles de type 1 ou 2 dans plus de 25% des évacuations et de selles de type 6 ou 7 dans moins de 25% des évacuations correspond à une constipation. Cette échelle est représentative du temps de transit, pour le type 1, les résidus ont besoin d'une centaine d'heures pour être évacuer tandis que pour le type 7 une dizaine d'heures suffisent.



10.2. Annexes 2

Calendrier janvier, février, mars

		Nombre de selles	Prise de laxatifs
Lundi	4		
Mardi	5		
Mercredi	6		
Jeudi	7		
Vendredi	8		
Samedi	9		
Dimanche	10		
Lundi	11		
Mardi	12		
Mercredi	13		
Jeudi	14		
Vendredi	15		
Samedi	16		
Dimanche	17		
Lundi	18		
Mardi	19		
Mercredi	20		
Jeudi	21		
Vendredi	22		
Samedi	23		
Dimanche	24		
Lundi	25		
Mardi	26		
Mercredi	27		
Jeudi	28		
Vendredi	29		
Samedi	30		
Dimanche	31		



10.3. Annexes 3

Echelle visuelle analogique de la gêne abdominale



10.4. Annexes 4

Constipation Scoring System

Fréquence des selles	
1 à 2 fois / 1 à 2 jours	0
2 fois / semaine	1
une fois/semaine	2
moins d'une fois/semaine	3
moins d'une fois/mois	4
Difficulté: douleur à l'effort d'évacuation	
jamais	0
rarement	1
quelquefois	2
habituellement	3
toujours	4
Sentiment d'évacuation incomplète	
jamais	0
rarement	1
quelquefois	2
habituellement	3
toujours	4
Douleur:douleur abdominale	
jamais	0
rarement	1
quelquefois	2
habituellement	3
toujours	4
Temps passé dans les toilettes par tentative	
moins de 5min	0
5 à 10min	1
10 à 20min	2
20 à 30min	3
plus de 30min	4
Assistance:Type d'assistance	
sans assistance	0
stimulation laxative	1
assistance digitale ou lavement	2



Echec: infructueuse tentative d'évacuation par 24h	
jamais	0
1 à 3fois	1
3 à 6fois	2
6 à 9fois	3
plus de 9fois	4
Histoire: durée de la constipation(années)	
0	0
1 à 5ans	1
5 à 10ans	2
10 à 20ans	3
plus de 20ans	4



10.5. Annexes 5

PAC-QOL

Ces questions concernent les symptômes relatifs à la constipation. Au cours des 2 dernières semaines,

Dans quelle mesure ou intensité vous êtes vous :

	Pas du tout	Un petit peu	Modérément	Un peu	Extrêmement
	0	1	2	3	4
1. senti ballonné(e) jusqu'au point de rupture ?					
2. senti lourd(e) à cause de la constipation ?					

Combien de fois avez vous...

	Pas du tout	Un petit peu	Modérément	Un peu	Extrêmement
	0	1	2	3	4
3. ressenti un inconfort physique ?					
4. ressenti le besoin d'évacuer des selles mais de ne pas avoir été en mesure d'y arriver ?					



5. été embarrassé d'être avec du monde ?					
6. de manger de moins en moins de peur de ne pas être en mesure d'avoir des selles ?					

Dans quelle mesure ou intensité avez-vous...

	Pas du tout	Un petit peu	Modérément	Un peu	Extrêmement
	0	1	2	3	4
7. fait attention à ce que vous mangiez ?					
8. eu une diminution de l'appétit ?					
9. été inquiet(e) de ne pas pouvoir choisir ce que vous vouliez manger ? (chez des amis par exemple)					
10. été embarrassé(e) de devoir rester longtemps dans les toilettes en dehors de chez vous ?					



11. été embarrassé(e) de devoir aller souvent aux toilettes quand vous n'étiez pas chez vous ?					
12. été inquiet(e) de devoir changer vos habitudes (lors de voyage ou en dehors de chez vous) ?					

Combien de fois...

	Pas du tout	Un petit peu	Modérément	Un peu	Extrêmement
	0	1	2	3	4
13. vous êtes vous sentit irritable par cette situation ?					
14. vous êtes vous sentit bouleversé(e) par cette situation ?					
15. vous êtes vous sentit obsédé(é) par cette situation ?					
16. vous êtes vous sentit stressé(e) pas cette situation ?					



17. vous êtes vous sentit moins confiant à cause de cette situation ?					
18. vous êtes vous sentit perdre le contrôle de la situation ?					

Dans quelle mesure ou intensité avez-vous...

	Pas du tout	Un petit peu	Modérément	Un peu	Extrêmement
	0	1	2	3	4
19. été inquiet(e) de ne pas savoir quand vous alliez avoir des selles?					
20. été inquiet(e) de ne pas être capable d'évacuer de selles ?					
21. d'être de plus en plus dérangé(e) de ne pas avoir de selles?					



Combien de fois avez-vous...

	Pas du tout	Un petit peu	Modérément	Un peu	Extrêmement
	0	1	2	3	4
22. été inquiet(e) que votre état puisse empirer ?					
23. estimé que votre corps ne fonctionnait pas correctement ?					
24. eu moins de selles que ce vous ne souhaitiez ?					

Dans quelle mesure ou intensité avez-vous été..

	Pas du tout	Un petit peu	Modérément	Un peu	Extrêmement
	0	1	2	3	4
25. satisfait(e) de la façon dont vous avez vos selles ?					
26. satisfait(e) de la régularité de vos selles ?					



correctement ?					
27. satisfait(e) du temps de votre transit intestinal ?					
28. satisfait(e) de votre traitement ?					



10.6. Annexes 6

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET DE CONSENTEMENT

RENSEIGNEMENTS GENERAUX :

Dans le cadre de l'obtention du diplôme d'ostéopathe, je vous sollicite à participer à une étude concernant l'effet d'un traitement ostéopathique structurel sur la constipation chronique fonctionnelle. Nous évaluerons en 3 temps : la sévérité de la constipation fonctionnelle, le nombre des selles hebdomadaire ainsi que son impact sur la qualité de vie et sur la gêne abdominale, avant et après traitement.

Le protocole de cette expérimentation s'initie par un bilan de pré inclusion à la constipation chronique fonctionnelle. Des questionnaires vous seront ensuite adressés avant et après le traitement ostéopathique. L'étude se déroule au sein du cabinet de kinésithérapie du 2 rue Sévigné 44000 Nantes.

Ce travail d'étude et de recherche est réalisé par Annabelle Fabre étudiante en 5^{ème} année d'ostéopathie à L'IFSOR, encadré par Muriel Soret ostéopathe D.O et Pascale Gosselin responsable de la méthodologie et de la recherche.

Tous les renseignements obtenus pour cette étude seront confidentiels. A tout moment vous pourrez quitter l'étude. Les soins seront effectués à titre gratuit.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :

Nom :

Prénom :

CONSENTEMENT :

Je soussigné(e), _____ reconnais avoir pris connaissance des modalités de l'expérience et certifie l'exactitude des renseignements fournis.

Signature



10.7. Annexes 7

FICHE PATIENT

NOM Prénom :

Né(e) le :

Situation Familiale :

Profession :

Adresse :

SEANCE N°

BILAN ANAMNESTIQUE

Motif de consultation :

Depuis quand :

Fact déclanchant :

Type de douleur :

Facteurs aggravants /calmants :

Signes associés :

Evolution :



Traitements effectués :
ANTCD du motif de consultation :
ANTCD personnels :
ANTCD Familiaux :
Bilan clinique :
Traitement :
Synthèse et Pronostic :



10.8. Annexes 8

1^{er} CAS :

Zone à traiter	Densités des lésions	
	1 ^{ère} séance	2 ^{ème} séance
Fosse iliaque G	+++	OK
hypochondre Dt	++	OK
hypochondre G	++	OK
L4 Dte	++	OK
Sacro iliaque Dte	+++	+
PJ G	+++	+

2 LTR sur 6 améliorées entre 1^{ère} à la 2^{ème} séance.

Disparition complète de 4 LTR sur 6

2^{ème} CAS :

Zone à traiter	Densités des lésions	
	1 ^{ère} séance	2 ^{ème} séance
Fosse iliaque G	+++	+
Fosse iliaque Dte	++	OK
Sacro iliaque G	+++	+
D12 G	++	OK
D10 Dte	++	OK
PJ G	++	+

3 LTR sur 6 améliorées entre la 1^{ère} et la deuxième séance.

Disparition complète de 3 LTR sur 6



3^{ème} CAS :

Zone à traiter	Densités des lésions	
	1 ^{ère} séance	2 ^{ème} séance
Fosse iliaque G	+++	++
Fosse iliaque Dte	+++	+
hypochondre G	++	+
L4 Dte	++	OK
L2 Dte	++	OK
Sacro iliaque G	++	OK

3 LTR sur 6 améliorées entre la 1^{ère} et la 2^{ème} séance.
Disparition de 3 LTR sur 6.

4^{ème} CAS :

Zone à traiter	Densités des lésions	
	1 ^{ère} séance	2 ^{ème} séance
Fosse iliaque Dte	+++	+
hypochondre Dt	++	OK
Sacro iliaque Dte	++	OK
D10 Dte	+++	OK
Sacro iliaque G	++	+
Fosse iliaque G	+++	+

3 LTR sur 6 améliorées entre la 1^{ère} et la 2^{ème} séance.
Disparition de 3 LTR sur 6.



5ème CAS :

Zone à traiter	Densités des lésions	
	1ère séance	2ème séance
hypocondre Dt	++	+
L1 Dte	+	OK
D12 Dte	++	OK

1 LTR sur 3 améliorée entre la 1^{ère} et la 2^{ème} séance.
Disparition de 2 LTR sur 3.

6ème CAS :

Zone à traiter	Densités des lésions	
	1ère séance	2ème séance
Fosse iliaque G	+++	+
hypocondre Dt	++	+
L2 G	++	OK
D10 G	++	OK

2 LTR sur 4 améliorées entre la 1^{ère} et la 2^{ème} séance.
Disparition de 2 LTR sur 4.



10.9. Abréviations

HAS : Haute Autorité de Santé

LTR : Lésion Tissulaire Réversible

SII : Syndrome de l'Intestin Irritable

CFC : Constipation Fonctionnelle Chronique

EVA : Echelle Visuelle Analogique

ZIL : Zone intermédiaire latérale





