

**Ostéopathie structurelle et troubles
fonctionnels intestinaux des sujets
autonomes à la marche
en maison de retraite**

MEZIERE MENUET

Lucie

PROMOTION 9

Année 2017-2018

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

- Florent COLLONGE pour sa participation, sa disponibilité et son soutien tout au long de ce travail,
- Soizik VERBORG pour ses conseils avisés pour la mise en place du protocole, la rédaction et la soutenance de ce travail,
- la directrice et l'infirmière coordinatrice de la maison de retraite de Joué sur Erdre,
- le directeur, le médecin coordinateur et l'infirmière coordinatrice de la maison de retraite de Teillé,
- les personnes ayant accepté de participer à mon étude,
- les médecins traitants ayant signé les certificats de non contre-indication au soin ostéopathique,
- mon amie Chloé pour son aide dans le traitement des statistiques des résultats de mon étude,
- mes collègues masseur-kinésithérapeutes qui m'ont permis de me dégager du temps pour mes études d'ostéopathie,
- l'ensemble de l'équipe pédagogique de Bretagne Ostéopathie pour la transmission de leur savoir, de leur expérience et de la passion de l'ostéopathie,
- mes proches m'ayant soutenue durant les années d'études et encore plus ces derniers mois (mon époux, mes parents, mes beaux-parents).

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	5
INTRODUCTION	6
PROBLEMATIQUE.....	7
1- Les troubles fonctionnels intestinaux.....	8
a- Définition des troubles fonctionnels intestinaux	8
b- Le vieillissement du système digestif	9
c- Démarche diagnostique des symptômes des troubles fonctionnels intestinaux	10
d- Conséquences et impacts des troubles fonctionnels intestinaux.....	11
e- Prise en charge standard des troubles fonctionnels intestinaux	11
f- Qualité de vie.....	11
g- Influence des médicaments sur la flore intestinale.....	12
2- Concept ostéopathique structurel enseigné à l'IFSOR en relation avec les troubles fonctionnels intestinaux	12
a- Hyper-sollicitation	13
b- Entretien de la structure par la fonction	13
c- Concept de la lésion tissulaire	13
d- La manipulation structurelle	14
e- Protocole d'investigation des variables de régulation	15
HYPOTHESE	16
POPULATION	17
1- Critères d'inclusion	17
2- Critères d'exclusion	17
METHODE ET MATERIEL.....	19
1- Protocole	19
a- Déroulement de la séance d'ostéopathie.....	19
b- Le protocole de mesure	20
2- Matériel.....	21
a- Critères d'évaluation.....	21
b- Consentement éclairé	22
c- Certificat de non contre-indication.....	22
d- La fiche clinique et la fiche de traitement.....	22
RESULTATS	23
1- Présentation des cas.....	23
2- Résultats des manipulations structurelles effectuées	23
a- Relevé des données qualitatives.....	23

b- Relevé des données quantitatives	24
3- Evolution de la consommation de médicaments spécifiques des troubles fonctionnels intestinaux.....	25
4- Evolution du score de Francis	25
5- Evolution de la qualité de vie au questionnaire FDDQL raccourci.....	27
DISCUSSION	32
1. Interprétation des résultats.....	32
2. Comparaison avec la littérature.....	33
a- Etudes sur des adultes	33
b- Etude sur la pratique de l'ostéopathie chez les sujets de plus de 65 ans	33
c- Revues de littérature	34
3. Limites de l'étude.....	35
4. Perspectives de l'étude.....	35
CONCLUSION	37
BIBLIOGRAPHIE	38
ANNEXES	40
<i>Annexe 1 : Critères de Rome III</i>	40
<i>Annexe 2 : Organisation du système nerveux végétatif</i>	41
<i>Annexe 3 : Score de (sévérité) de Francis</i>	42
<i>Annexe 4 : Questionnaire de qualité de vie spécifique des troubles fonctionnels digestifs : FDDQL (raccourci)</i>	43
<i>Annexe 5 : Fiche de renseignements et de consentement</i>	49
<i>Annexe 6 : Certificat de non contre-indication rempli par le médecin traitant</i>	50
<i>Annexe 7 : Fiche clinique et de traitement du patient</i>	52
RESUME	55

GLOSSAIRE

TFI : Troubles Fonctionnels Intestinaux

HAS : Haute Autorité de Santé

IFSOR : Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TER : Travail d'Etude et de Recherche

SII : Syndrome de l'Intestin Irritable

FDDQL : Functional Digestive Disorders Quality of Life

MFOS : Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurelle

LTR : Lésion Tissulaire Réversible

DFF : Domaine de Fonctionnement Fragilisé

INTRODUCTION

Les troubles fonctionnels intestinaux (TFI) sont fréquents dans la population adulte. Leurs traitements selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) consistent en une alimentation adaptée et la prise de médicaments. Mais cela n'a qu'un impact léger sur l'amélioration de la qualité de vie.

La population des personnes âgées souffre également de TFI. Le traitement préconisé est le même que pour les adultes plus jeunes.

Il est montré que le vieillissement physiologique du système digestif ne modifie pas de façon significative le fonctionnement de l'intestin.

Ce travail a pour but d'évaluer l'effet de l'ostéopathie structurale sur des patients en maison de retraite souffrant de troubles fonctionnels intestinaux. Nous expliquerons notre traitement et nous montrerons qu'il laisse penser qu'il peut être efficace sur l'amélioration de ces troubles sur cette tranche de population.

Cette étude sera menée sur une durée de trois mois dans deux maisons de retraite. Les patients répondant aux critères de l'étude recevront tous un traitement ostéopathique structural suivant le modèle fondamental enseigné à l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes (IFSOR). Par nos techniques manuelles directes sur les tissus denses et sensibles en lien avec la structure et le fonctionnement de l'intestin, nous pensons pouvoir modifier l'environnement tissulaire du système digestif et donc améliorer son fonctionnement.

PROBLEMATIQUE

Dans mon activité de masseur-kinésithérapeute, je travaille auprès de personnes en maison de retraite au moins deux heures quotidiennement. Il m'arrive régulièrement d'être confrontée à un refus de soin (marche, massage rachidien ...) de la part de patients à cause de leurs problèmes intestinaux. En effet, lorsqu'ils ont mal au ventre, sont en diarrhée ou en constipation occasionnelles, ils sont réticents à bouger voire refusent le soin. De plus, lors d'absence de selles depuis plusieurs jours, ils prennent des laxatifs et veulent rester dans leur chambre pour pouvoir aller aux toilettes dès que nécessaire. Aussi, les patients âgés que je soigne sont très attentifs à leur digestion.

Pour certaines personnes, ces troubles intestinaux sont récurrents et annulent souvent des séances de soins de kinésithérapie.

En tant que masseur-kinésithérapeute, sans prescription médicale de massage abdominal, je n'ai pas le droit de m'occuper directement de leurs problèmes intestinaux. S'ils refusent ma séance de kiné, je suis contrainte de la remettre à plus tard, sans pouvoir leur apporter de soin à leur plainte du jour.

Une étude de Dapoigny et al.¹ montre que plus la sévérité du TFI est élevée, plus les patients ont une consommation de soins importante : consultations médicales, médecin spécialiste, examens complémentaires, médicaments. Ce coût de santé est indispensable pour que les patients se sentent pris en charge pour leurs symptômes. Or, les TFI ne sont pas dus à une cause organique et le traitement proposé n'est qu'une éducation alimentaire et une prise de médicaments pour réduire les symptômes des troubles du transit.

L'ostéopathie est une discipline qui utilise une thérapie manuelle pour influencer la structure et la fonction du corps. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2010 « L'ostéopathie s'appuie sur le contact manuel pour diagnostiquer et traiter. Elle respecte les relations entre le corps, la pensée et l'esprit dans le maintien de la santé et la genèse des maladies. Elle accorde une importance toute particulière à l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps qui présente une tendance intrinsèque à l'autorégulation. »

Une étude de Brugman et al.² a montré qu'un soin ostéopathique peut améliorer la constipation chronique, la qualité de vie des patients et diminuer leur consommation de laxatifs. A l'IFSOR, une étudiante, par son Travail d'Etude et de Recherche (TER)³ pour son diplôme, a montré qu'un soin ostéopathique améliore la qualité de vie des patients souffrant de constipation fonctionnelle. Une autre étude de Collebrusco et al.⁴ propose un soin ostéopathique général et un suivi nutritionniste pour améliorer le Syndrome de l'Intestin

¹ Dapoigny M. et al. Troubles fonctionnels intestinaux et consommation de soins, Gastroentérologie Clinique et Biologique. Vol 27 No 3 (mars 2003). 265-271

² Brugman R. et al. The effect of osteopathic treatment on chronic constipation – A pilot Study, International Journal Of Osteopathic Medecine. Vol 13 (2010). 17-23

³ Fabre A. Etude de l'impact de l'ostéopathie structurelle sur la constipation fonctionnelle chronique, IFSOR, promotion 2015-2016

⁴ Collebrusco L. et al. Osteopathic manipulative treatment and nutrition : An alternative approach to the irritable bowel syndrome, Health. Vol 5 No 6 (2013), 87-93

Irritable (SII). Dans l'article de Bruley des Varannes ⁵, il est montré que l'impact sur la qualité de vie est d'autant plus important que la gravité du SII est élevée.

Mais, ces études ne prennent pas en compte les patients en maison de retraite. Or, l'espérance de vie augmente, la tranche de population des personnes de plus de 65 ans devient de plus en plus importante et est donc à prendre en considération spécifiquement. De plus, d'après l'article de Bruley des Varannes, l'impact des TFI sur la qualité de vie est plus important chez les personnes âgées.

Je me suis demandée si les personnes en maison de retraite pouvaient réagir positivement, comme les plus jeunes, au traitement ostéopathique à visée d'amélioration fonctionnelle viscérale.

Ce traitement ostéopathique aurait pour but d'améliorer la fonction digestive et de diminuer les symptômes. Les personnes seraient ainsi moins gênées au quotidien et prendraient moins de médicaments pour leurs problèmes intestinaux.

Je pense que l'ostéopathie structurelle permet de diminuer la consommation de médicaments spécifiques et améliore la qualité de vie chez les sujets en maison de retraite souffrant de troubles fonctionnels intestinaux.

1- Les troubles fonctionnels intestinaux

a- Définition des troubles fonctionnels intestinaux

D'après la HAS ⁶, les TFI « correspondent à des troubles du transit (diarrhée, constipation ou alternance) associés à des douleurs abdominales et à des ballonnements (météorisme). » Le syndrome de l'intestin irritable, ou colopathie fonctionnelle, représente la cause la plus fréquente de TFI. Ces troubles chroniques touchent des millions de personnes et ont un coût de santé important.

Les causes des troubles fonctionnels intestinaux sont multifactorielles et pas vraiment identifiées. Les TFI seraient dus à un désordre de la flore intestinale, une dysbiose (déséquilibre de l'écosystème bactérien) ⁷. La perturbation de la flore a un impact sur la mobilité et la sensibilité de l'intestin ⁸. Les patients souffrant d'un SII ont une hypersensibilité

⁵ Bruley Des Varannes S. Syndrome de l'intestin irritable : aspects évolutifs, Gastroentérologie clinique et biologique. Vol 33 suppl 1 (2009). 584-590

⁶ HAS, Commission de la transparence, Météospasmyl, 6 juin 2012

⁷ Gourcerol G. et al. Traitement du syndrome de l'intestin irritable : où en est-on ? Hépatogastro et Oncologie digestive. Vol 20 No 9 (novembre 2013). 752-765

⁸ Ducrotté P. Flore et syndrome de l'intestin irritable, Gastroentérologie clinique et biologique. Vol 34 (2010). 56-60

viscérale et une perturbation de la motricité colique qui entraînent les troubles du transit ⁹. Il n'est pas retrouvé de causes organiques, ce sont donc des troubles fonctionnels.

Les symptômes se manifestent de façon aléatoire et dépendante de chaque individu. Ils peuvent intervenir par épisodes de poussée de quelques jours. Une rémission se fait par la prise de médicaments adaptés agissant à court terme : laxatifs, antidiarrhéiques, antispasmodiques. Les épisodes aigus peuvent être concomitants à une alimentation spécifique ou à un stress.

Il y a en moyenne deux fois plus de femmes que d'hommes atteints par ces troubles. Ils apparaissent en général tôt dans l'existence (dès l'enfance ou chez l'adulte jeune), de façon spontanée ou en relation avec une anxiété importante ou après une infection digestive.

Il n'est pas montré que ces troubles soient corrélés à une augmentation de risque de développer un cancer ou une inflammation chronique intestinale.

A ces troubles peuvent s'ajouter des symptômes gastriques tels que le reflux gastro-œsophagien ou une dyspepsie (ensemble de symptômes de douleurs et de gênes au niveau de la région supérieure et médiane de l'abdomen).

b- Le vieillissement du système digestif

Avec l'âge, il y a un ralentissement de la fonction et de la motilité digestives dû au vieillissement physiologique du corps. Cela cause des troubles gastro-intestinaux (sans rapport avec une augmentation de l'irritabilité digestive). Les personnes âgées souffrent donc fréquemment de dysphagie (sensation de gêne ou de blocage ressentie au moment de l'alimentation, lors du passage des aliments dans la bouche, le pharynx ou l'œsophage), de dyspepsie et de troubles de la fonction colique.

En effet, la digestion commence dès le passage des aliments dans l'œsophage. Avec l'âge, son sphincter perd de sa fonction contractile et de son relâchement. Au niveau de l'estomac, il y a une diminution de la fonction contractile pouvant perturber la vidange des liquides et solides.

L'intestin grêle diminue sa fréquence de contractions. Au niveau colique, il n'est pas montré de perturbation significative avec l'âge (en l'absence d'obstacles à l'avancement des matières tels que les diverticules).

Les troubles de la fonction colique seraient dus au vieillissement anorectal par diminution de la contractilité du sphincter et une baisse de la sensibilité anorectale ¹⁰.

Le vieillissement du fonctionnement intestinal et ses symptômes peuvent se rajouter à des troubles fonctionnels intestinaux. Mais les TFI sont indépendants des modifications liées à l'âge et nous pouvons donc supposer agir chez les sujets en maison de retraite comme chez les adultes plus jeunes.

⁹ Ropert A. et al. Troubles de la motricité intestinale et hypersensibilité viscérale dans le syndrome de l'intestin irritable, Gastroentérologie clinique et biologique. Vol 33 suppl 1 (février 2009). 35-39

¹⁰ Firth M. et al. Gastrointestinal Motility Problems in the Elderly Patient, Gastroenterology. Vol 122 No 6 (2002). 1688-1700

Avec l'âge, les personnes ont une activité physique moindre ce qui peut fortement diminuer les mouvements de brassage des organes digestifs et perturber le péristaltisme (ensemble de contractions du tube digestif permettant l'avancée des matières). Ici, les sujets de l'étude sont autonomes à la marche c'est-à-dire qu'ils se déplacent (avec ou sans aide de marche) quand ils veulent et où ils veulent (en fonction de leurs capacités physiques). Ils vont à la salle à manger midi et soir en marchant, aux animations l'après-midi et sortent lorsqu'ils le souhaitent. Les sujets n'étant pas grabataires, nous pouvons estimer que les mouvements de brassage sont suffisants pour permettre une bonne fonction colique.

c- Démarche diagnostique des symptômes des troubles fonctionnels intestinaux

La HAS décrit les troubles fonctionnels intestinaux d'après les critères de Rome III (*Annexe 1*) comme des « douleurs ou gênes abdominales présentes au moins 3 jours par mois pendant au moins 3 mois au cours des 6 derniers mois associées à au moins 2 des signes suivants :

- amélioration après la défécation
- début associé à une modification de la fréquence des selles
- début associé à une modification de la consistance et de l'aspect des selles. »

Les sous-groupes se définissent en fonction de la consistance des selles selon l'échelle de Bristol (sur les jours avec au moins une selle anormale en dehors d'un traitement). L'étude des selles n'est pas prise en compte dans ce travail car les sujets n'ont pas de surveillance de selles (ils expriment eux-mêmes une gêne du transit sans vérification des équipes soignantes). D'autre part, l'analyse de selles est trop compliquée à mettre en place.

Il n'y a pas d'outil de mesure des TFI. Ils s'évaluent par des échelles symptomatiques et des scores de qualité de vie spécifiques.

Dans mon étude, nous utiliserons le score de sévérité de Francis ¹¹ qui évalue la douleur abdominale et l'intensité des ballonnements. Nous tiendrons compte aussi du questionnaire FDDQL (Functional Digestive Disorders Quality of Life) ¹² qui évalue la qualité de vie des personnes souffrant de troubles fonctionnels digestifs grâce à trente-quatre items. Dans l'étude, le FDDQL sera raccourci pour être plus adapté aux personnes vivant en maison de retraite.

¹¹ <http://www.malauventre.fr/fr/traitement-disponible/evaluer-severite-vos-symptomes.html>, (page consultée le 29/04/2018)

¹² Chassany O et al. Validation of a specific quality of life questionnaire for functional digestive disorders, Gut. Vol 44 (1999). 527-533

d- Conséquences et impacts des troubles fonctionnels intestinaux

Dans la littérature, il est prouvé que les troubles fonctionnels intestinaux ont un impact négatif sur la qualité de vie des personnes. En effet, pour la HAS, « ces troubles surviennent par poussées et de manière répétée. Les troubles fonctionnels intestinaux sont sans gravité mais peuvent entraîner une dégradation de la qualité de vie. ». D'après un article de Coffin ¹³, le syndrome de l'intestin irritable (trouble le plus fréquent des TFI) a un impact négatif majeur sur la qualité de vie.

e- Prise en charge standard des troubles fonctionnels intestinaux

Les recommandations de traitement des TFI de la HAS sont prioritairement un respect des règles hygiéno-diététiques. Le traitement symptomatique est médicamenteux. Les médicaments proposés sont nombreux et peuvent être multiples comme des antispasmodiques (Débridat^R, Spasfon^R), laxatifs (Lactulose, Macrogol), absorbants intestinaux (Smecta^R) ... voire antidépresseur quand l'impact sur le quotidien est insupportable pour la personne. Mais ils ne sont pas reconnus comme réduisant de façon importante les symptômes ni ayant un impact important sur la qualité de vie. Ils s'ajoutent aux traitements habituels du patient et cela entraîne un coût de santé non négligeable malgré leur manque d'efficacité. De plus, l'absorption de médicaments modifie l'acidité gastrique et peut perturber davantage la fonction gastro-intestinale.

f- Qualité de vie

D'après la définition de l'OMS de 1994 « Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ».

Aujourd'hui, pour soigner une personne, il ne suffit pas de lui prescrire les médicaments les mieux adaptés. Il faut également, quel que soit son état de santé, lui permettre de vivre au mieux.

En fonction de l'âge, des croyances, des habitudes de vie, la qualité de vie ressentie est différente selon chaque individu sur un état de santé qui peut paraître similaire. Le concept de qualité de vie est multifactoriel et prend en compte l'aide matérielle, la prise en charge, la satisfaction au quotidien. Elle a des aspects objectifs (cadre de vie), subjectifs (bien-être), physique (état de santé) et psycho-social (stress, activités en société).

¹³ Coffin B. Quel est l'impact du Syndrome de l'Intestin Irritable sur la qualité de vie des patients ? Hépatogastro et Oncologie digestive. Vol 20 No 8 suppl 4. (décembre 2013). 11-15

Il existe plusieurs outils qui permettent d'évaluer la qualité de vie. En effet, elle est étroitement corrélée à l'état de santé lié à la maladie.

g- Influence des médicaments sur la flore intestinale

Le microbiote intestinal, ou la flore intestinale, réside dans la muqueuse du côlon. C'est un écosystème composé de micro-organismes, principalement des bactéries et des champignons. Cette flore permet une bonne digestion et une bonne avancée des matières dans le côlon. Si cet écosystème est perturbé, le transit intestinal peut être modifié provoquant des troubles du transit.

Certains médicaments usuels des personnes âgées ont un impact direct sur la flore intestinale et donc sur le transit. En effet, des médicaments comme les antidépresseurs, les neuroleptiques contre l'anxiété et ceux contre les troubles thymiques sont à tendance constipante. D'autres, tels ceux contre le diabète sont à tendance diarrhéique.

2- Concept ostéopathique structurel enseigné à l'IFSOR en relation avec les troubles fonctionnels intestinaux

D'après Terramorsi J.F ¹⁴ , « Une pathologie est dite fonctionnelle quand la structure qui la sous-tend est modifiée dans sa forme suite à un fonctionnement particulier, et qui est encore réversible par la modification de certaines contraintes extérieures » à la structure.

On distingue parmi ces contraintes, ou variables du milieu ambiant à cette structure, les variables intrinsèques (internes à la structure) et extrinsèques (externes à la structure).

Les contraintes intrinsèques sont constituées par des variables d'ordre mécanique, neurologique et vasculaire. Ces variables mettent en relation une structure avec d'autres structures de l'organisme dans une fonction de trophicité (nutrition des tissus, drainage, commande neurologique et interaction mécanique).

Les contraintes extrinsèques constituent les variables de milieu dans lequel l'homme évolue. Elles peuvent être mécaniques (hygiène de vie plus ou moins sportive, sédentarité, chocs et traumatismes plus ou moins anciens), alimentaires, médicamenteuses, sociales, environnementales.

Le bon état de santé de la structure est entretenu grâce à sa capacité à supporter les sollicitations de façon quantitative et qualitative dans les limites de sa physiologie d'après les lois de la biomécanique.

¹⁴ Terramorsi, J.F. Ostéopathie Structurelle. Lésion structurée - Concepts structurants. Gépro Eolienne, 2013, 415 pages

a- Hyper-sollicitation

Il y a hyper-sollicitation si les contraintes dépassent un certain seuil de résistance du tissu (inconnu et propre à chacun). Alors, la composition de la structure est altérée et il se crée une lésion tissulaire irréversible (cassure, usure) hors de portée thérapeutique pour l'ostéopathie.

b- Entretien de la structure par la fonction

D'après le Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurale (MFOS) décrit par Terramorsi J.F, le postulat est qu' « au sein d'un individu, la structure génère la fonction et que la fonction entretient le bon état de la structure ». La perturbation de la structure génère une dysfonction, celle-ci se manifeste sous la forme de symptômes, qui sont à l'origine de la plainte.

Pour ce qui nous intéresse ici, la fonction colique nécessite donc tout d'abord une structure côlon saine. Chez la personne âgée, il y a souvent des diverticules liés à la dégénérescence du côlon. Ce n'est pas considéré comme une altération de la structure car c'est un phénomène physiologique (tout comme l'arthrose qui est la dégénérescence physiologique articulaire liée à l'âge). Par structure saine, on entend l'absence d'opération modifiant la longueur du côlon (le fait de retirer un polype en coloscopie est accepté ici car non invasif pour le côlon), l'absence de tumeur ou d'inflammation.

Pour une bonne fonction colique, un bon transit, il faut aussi que la structure côlon fonctionne dans de bonnes conditions. L'ostéopathie cherche alors à améliorer l'état des structures au plus près du côlon. Par exemple, si le cadre colique est trop contraint par un élément de soutien ayant perdu de son élasticité propre, les contractions du côlon seront moins efficaces et le péristaltisme ne se fera donc pas de façon optimale même si le côlon est sain.

c- Concept de la lésion tissulaire

A l'IFSOR, la lésion structurelle réversible est objectivée par un tissu induré, formant souvent une masse palpable dont le seuil algique est facilité : « gros, dur et sensible quand on y touche ». Nous l'appelons la Lésion Tissulaire Réversible (LTR). C'est un changement d'état du tissu qui a perdu de ses qualités de souplesse et d'élasticité. Cela va perturber la fonction de la structure en relation avec cette LTR.

La LTR s'installe toujours suite à une hypo-sollicitation de la structure dans l'espace et le temps. Cela entraîne des réactions physiologiques. La diminution des sollicitations du tissu provoque la baisse de ses besoins énergétiques et entraîne le ralentissement des échanges liquidiens à son niveau. Cela augmente les processus de fixité au détriment des processus

dynamiques. Ces phénomènes ont pour conséquence un changement d'état du tissu conjonctif, stable si rien ne change mais réversible si les sollicitations se modifient. Ce changement d'état perturbe la fonction de la structure par l'impossibilité de s'adapter aux différentes contraintes qui lui sont imposées. Cela renforce la sous-utilisation de la structure ce qui crée un cercle vicieux où la sous-utilisation est autoentretenu dans le temps et l'espace. La LTR est alors spontanément muette et « stable » dans le temps. Elle s'exprime lorsque nous la sollicitons directement par le test de résistance manuel ostéopathique (ou lors d'une utilisation inopinée d'intensité ou d'amplitude inhabituelle qualifiée à posteriori de « faux mouvement » où bien souvent il s'agit d'une décompensation plus ou moins à distance de la LTR).

Nous considérons que le tissu a juste perdu temporairement de sa fonction élastique à cause d'une hypo-sollicitation locale et maintenue dans le temps.

Pour objectiver cette LTR, nous explorons le jeu tissulaire (articulaire, cutané, musculaire ...) pour trouver une zone de perte d'élasticité et de déformabilité du tissu conjonctif.

d- La manipulation structurelle

D'après le MFOS de Terramorsi J.F, la manipulation structurelle, « thrust », est décrite comme « un acte mécanique, réglable en vitesse, en masse, en amplitude et en fréquence » appliqué le plus localement possible sur le tissu altéré. Cela a pour conséquence le balayage de l'amplitude mécanique du tissu jusqu'alors restreinte par la LTR, de façon à rééduquer le tissu conjonctif à cette amplitude « oubliée ». Les variables d'état du tissu (pression, température, perméabilité tissulaire, etc.) sont alors modifiées car en réduisant la LTR le tissu recommence à fonctionner plus normalement donc les phénomènes physiologiques se remettent en route. « Notre but n'est pas de corriger une position, ni d'augmenter telle ou telle amplitude, mais de lever la barrière qui empêche le corps de trouver lui-même toutes les positions et les fonctionnalités dont il a et aura besoin. »

Par une action mécanique, la manipulation sur une LTR déclencherait un réflexe vasculaire visant à changer l'état du tissu conjonctif local. Cela est attendu si la manipulation sur la LTR parvient à explorer tout ou partie du Domaine de Fonctionnement Fragilisé (DFF) du tissu manipulé, en termes de direction, de sens et d'amplitude gestuelle.

Notre geste thérapeutique permet passivement au tissu conjonctif d'explorer une amplitude « oubliée » due à l'hypo-sollicitation. Le cercle vicieux d'hypo-sollicitation est alors brisé et est recréée tout à coup une sollicitation de nouveau pleine et entière (parfois après plusieurs manipulations). Cela relance ainsi des échanges (neurorécepteurs, synapses, imbibition, drainage vasculaire...) par simple déformation mécanique des tissus. Une fois l'amplitude fonctionnelle réappropriée, la trophicité se remet au niveau de la fonction, naturellement, inexorablement. Et toutes les réactions « réflexes » ne sont que des réajustements homéostatiques car notre manipulation fait immédiatement fonctionner le tissu, d'abord passivement puis activement si le patient se remet en fonction.

Par cette impulsion réalisée lors de l'exploration du jeu tissulaire sur la LTR, nous provoquons un changement d'état de la structure avec restauration des qualités de souplesse et d'élasticité du tissu conjonctif.

Lors du travail viscéral, la manipulation structurelle présente les mêmes objectifs et caractéristiques. La stimulation mécanique pourra être vibratoire, un lâché brusque ou une pression prolongée. Le but est de permettre aux viscères de se dilater, glisser les uns contre les autres, se mouvoir avec le reste du corps du patient dans sa déambulation et ses gestes quotidiens.

e- Protocole d'investigation des variables de régulation

Le but du traitement ostéopathique structurel de l'IFSOR est de trouver et traiter des LTR sur la structure concernée puis sur des structures en lien anatomique et fonctionnel avec la structure qui exprime la plainte : ici la structure côlon avec la plainte de constipation, diarrhée ou alternance.

Pour la structure côlon perturbée dans notre étude, il nous faut rechercher les LTR directement dans le ventre au plus près de la structure côlon. Il faut également investiguer tous les tissus du ventre à la recherche de LTR sur les tissus de soutien du côlon et des tissus environnants. Ce sont les variables de régulation mécanique locale.

Pour les variables de régulation mécanique à distance, neurologique et vasculaire il faut aller investiguer des structures à distance de la structure primaire concernée.

Au niveau anatomique, le contrôle autonome sympathique (ou orthosympathique) des organes abdominaux (responsable de la motilité, de la contraction-relâchement, de la sécrétion et de la sensibilité des organes) se fait entre les niveaux D5-L2 de la moelle épinière correspondant aux niveaux D5-L2 du rachis. Le contrôle parasympathique se fait par le nerf crânien X (nerf vague sortant de l'occiput) pour les organes digestifs hauts (estomac, foie, intestin grêle, caecum, côlon ascendant, angle colique droit et côlon transverse) et par le plexus sacré (sortant au niveau du sacrum) pour les organes digestifs bas (angle colique gauche, côlon descendant, côlon sigmoïde et rectum). De plus, la neuro-vascularisation sympathique digestive est contrôlée au niveau de D5-D10 de la moelle épinière et de K5-K10 pour les rameaux sympathiques pour les organes digestifs hauts. Pour les organes digestifs bas, ce contrôle se situe entre les niveaux D10-L2 de la moelle épinière et de K10 jusqu'au coccyx pour les rameaux sympathiques (Annexe 2). Des tensions dans le tissu pariétal lui-même peuvent perturber le bon fonctionnement digestif. Au niveau vasculaire, les artères abdominales partent de l'aorte, passent par le diaphragme et se divisent en plusieurs artères pour vasculariser les organes digestifs à tous les niveaux.

L'ostéopathie structurelle agit par un geste mécanique sur le tissu conjonctif qui a perdu de ses qualités d'élasticité et de souplesse (présence d'une LTR) et qui a perturbé voire mis en sommeil les boucles réflexes physiologiques de la structure. Le retour à la fonction mécanique normale d'expansion tissulaire réactive les boucles réflexes, expliquant des réactions extériorisables par le patient (malaise vagal, nausées, sueurs ...). Ainsi, en assouplissant le tissu conjonctif péri-viscéral, nous permettons aux organes d'avoir une capacité d'adaptation en termes de volume (dilatation), de motilité (péristaltisme) et de contractilité plus efficace car plus ample.

HYPOTHESE

D'après la description du MFOS, il paraît intéressant de proposer aux personnes autonomes à la marche en maison de retraite un soin ostéopathique pour tenter d'améliorer leurs troubles fonctionnels intestinaux.

Je pense que grâce au traitement ostéopathique, les patients atteints de troubles fonctionnels intestinaux ressentent moins de gêne abdominale et ont une meilleure qualité de vie :

- ils prennent moins de médicaments pour réguler leur transit
- ils ont moins de douleurs abdominales : évaluées par le score de Francis (Annexe 3)
- ils ont moins de ballonnements : évalués par le score de Francis (Annexe 3)
- ils sont moins contraints dans leur quotidien par les troubles fonctionnels digestifs : évalués par le questionnaire FDDQL raccourci spécifique aux troubles fonctionnels digestifs (Annexe 4)

L'évaluation de ces variables sera effectuée en plusieurs temps : à J1 jour du premier traitement, à J35, à J63 et à J91 du premier traitement. Les patients auront tous un deuxième traitement une semaine après le premier.

POPULATION

Pour répondre à mon hypothèse, je vais mener une étude clinique.

Pour intégrer l'étude, les sujets doivent répondre aux critères de Rome III et ressentir une gêne vis-à-vis de leur transit (diarrhée, constipation ou alternance des deux) et de sa régulation (difficultés à réguler le transit par l'alimentation et la prise de médicaments). De plus, les sujets doivent répondre aux critères d'inclusion et ne pas rentrer dans les critères d'exclusion.

Au début de l'étude, la population est composée de deux hommes et quatre femmes âgés de 65 à 92 ans. Cette population est révélatrice de la proportion hommes-femmes des TFI dans la population adulte.

L'étude se déroule dans deux maisons de retraite. Deux soins sont réalisés dans la maison de retraite du résident, à une semaine d'intervalle. La prise de médicaments pour réguler le transit, la sévérité des troubles du transit (douleurs, ballonnements) et l'impact sur la qualité de vie sont suivis pendant trois mois. L'étude se déroule de mi-décembre 2017 à mi-mars 2018.

1- Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion de cette étude sont :

- personne de 65 ans ou plus vivant en maison de retraite,
- personne se déplaçant de façon autonome dans la maison de retraite avec ou sans aide de marche,
- personne répondant aux critères de Rome III (Annexe 1),
- personne ressentant une gêne dans la vie de tous les jours liée à ses troubles du transit,
- personne ayant besoin de prendre des médicaments spécifiques pour réguler son transit.

2- Critères d'exclusion

L'article 1^{er} du décret du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie cadre bien la pratique : « Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui

nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques ».

Les critères d'exclusion de cette étude sont les sujets présentant au moins une de ces affections suivantes :

- altération récente de l'état général (amaigrissement, asthénie importante, anorexie),
- hémorragie digestive extériorisée,
- anomalie du bilan biologique (anémie, syndrome inflammatoire),
- maladie cœliaque ou maladie inflammatoire chronique de l'intestin,
- pathologie gynécologique pouvant mimer une symptomatologie intestinale (fibrome utérin...),
- pathologie thyroïdienne non équilibrée,
- rétention urinaire aiguë ou chronique,
- toute pathologie en cours de bilan médical,
- troubles des fonctions cognitives ne permettant pas de répondre de façon objective aux auto-questionnaires,
- antécédent de chirurgie colorectale ou intestinale (notre champ de compétence ne concerne pas les lésions irréversibles de la structure côlon).

A J1, nous avons six patients répondant à ces critères d'inclusion et d'exclusion.

Mais entre J1 et J35, une personne de l'étude fut hospitalisée après gastro-entérite, chute et décompensation cardiaque. Ne marchant plus pendant sa convalescence, elle est sortie de l'étude. Entre J35 et J63, une autre personne fut hospitalisée pour décompensation cardiaque. Elle est également sortie de l'étude car elle a mis plusieurs semaines pour retrouver son autonomie.

Notre étude comprend finalement quatre résidents (deux hommes et deux femmes) que nous avons pu suivre de J1 à J91.

METHODE ET MATERIEL

Il s'agit d'une étude clinique réalisée en maison de retraite. Les patients inclus répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion. Aucun n'a bénéficié, avant l'étude, d'une séance d'ostéopathie et ne sait comment celle-ci se déroule. Aucun n'a d'a priori, mais tous sont un peu inquiets sur le déroulement de la séance à venir. L'étude se déroule sur une période de trois mois.

1- Protocole

Je travaille depuis plusieurs années, en tant que masseur-kinésithérapeute, dans les deux maisons de retraite accueillant les patients et je connais de vue ou j'ai soigné tous les sujets de l'étude. Pour éviter un biais à l'étude, je n'ai pas réalisé moi-même les soins ostéopathiques de l'étude. Les deux séances constituant le traitement sont réalisées par le même thérapeute. Ce thérapeute est extérieur aux structures et est un ostéopathe diplômé de l'IFSOR.

a- Déroulement de la séance d'ostéopathie

Le traitement est réalisé selon le concept ostéopathique structurel enseigné à l'IFSOR.

La première séance commence par une anamnèse dont le motif de consultation est le trouble du transit. Il est aussi rapporté les douleurs associées.

Le thérapeute a accès aux antécédents du patient.

Le patient réalise quelques tests fonctionnels.

Puis le thérapeute fait installer le patient sur la table. Le sujet se trouvera en position de décubitus dorsal, latéral et ventral en fonction des tests de densités réalisés et des techniques correctrices à effectuer.

L'enchaînement des zones investiguées et les techniques réalisées sont dépendants de chaque patient et des LTR trouvées. L'enchaînement suit le concept ostéopathique structurel.

La zone abdominale sera forcément investiguée et traitée si besoin tout comme le bassin, le rachis et le crâne suivant la recherche des variables de régulation.

Les LTR sont objectivées selon le test de densité sur les tissus et notées sur la fiche de traitement du patient. La densité est cotée à + (peu dense), ++ (assez dense) ou +++ (très dense).

Les LTR trouvées sont traitées pendant la séance. La réussite de la libération est notée sur la fiche de traitement du patient. Pour cela le thérapeute réalise après la technique un nouveau test de résistance sur le tissu traité. Après la manipulation, si le thérapeute sent une modification notable du tissu traité, la technique est notée « ok » facile ou « ok » difficile (en fonction de la manière d'obtention de la modification tissulaire). Si le thérapeute ne ressent pas de modification du tissu traité, il note « non ok ».

Le traitement réalisé vise à libérer les lésions tissulaires réversibles LTR au niveau articulaire, musculaire, tissulaire, viscéral sans oublier d'investiguer les régions craniocervicale et thoraco-lombaire, le sacrum, le bassin et les viscères abdominaux. Le traitement des viscères vise à améliorer la fonction intestinale par le tonus musculaire lisse et l'augmentation de la mobilité et de la motilité viscérales. L'identification et le traitement manuel des LTR pelviennes et sacrées visent à améliorer la fonction gastro-intestinale et normaliser l'approvisionnement vasculonerveux aux viscères apparentés. Le traitement des lésions rachidiennes vise à améliorer l'innervation et la vascularisation viscérale et pariétale abdominale.

A la fin de la séance, le thérapeute prodigue des conseils adaptés au patient, aux LTR retrouvées, à ses douleurs et à son quotidien.

Lors de la deuxième séance, un état de lieux des suites de la première séance est noté et une anamnèse est refaite selon le même déroulé qu'à la première séance. Les LTR trouvées lors de la première séance sont retestées en densité et retraitées si besoin. Les LTR notées « non ok » après la manipulation de la première séance sont réinvestiguées et remanipulées seulement si le test de résistance du tissu est positif (le tissu est alors gros, dur et sensible).

b- Le protocole de mesure

L'étude se déroule sur une période de trois mois à partir du premier soin.

Pour être comparative, je récupère, à J1, sur le logiciel informatique des soins, les prises de médicaments spécifiques des troubles du transit rajoutés au traitement quotidien des sujets.

A J1, trente minutes avant le premier soin, je donne moi-même les auto-questionnaires aux sujets : le score de sévérité de Francis et le questionnaire FDDQL raccourci (plus pertinent pour des sujets qui ne travaillent plus et en maison de retraite). Ils y répondent seuls. Puis, je viens récupérer les auto-questionnaires et je vérifie avec le patient s'il a besoin que l'on revienne sur des questions mal comprises et que l'on voit ensemble comment y répondre.

A J1, durant le soin, sont notés par le thérapeute les réponses de l'anamnèse, l'examen clinique ostéopathique et les techniques réalisées.

A J7, lors du deuxième soin, sont notés la deuxième anamnèse, le second examen clinique et les techniques réalisées.

A J35, je redonne les deux auto-questionnaires à remplir seuls par les sujets. Je les récupère au bout de trente minutes.

Je fais remplir de nouveau les mêmes questionnaires suivant le même protocole de réponse à J63 et à J91.

2- Matériel

a- Critères d'évaluation

Je fais remplir le **score de Francis** (Annexe 3) pour évaluer la sévérité des troubles du transit par l'évaluation des douleurs, des ballonnements abdominaux, du ressenti de la qualité du transit et de la gêne occasionnée par ces troubles.

L'évaluation de la douleur s'effectue selon une échelle visuelle de « aucune » douleur (0%) à douleur « très intense » (100%). La douleur est évaluée au moment où le sujet répond au questionnaire et sur les dix jours précédents.

Les ballonnements sont évalués au moment du questionnaire selon une échelle visuelle de « aucune » distension (0%) à distension « très intense » (100%).

La qualité du transit est évaluée selon une échelle visuelle de « très satisfait » (0%) à « pas du tout satisfait » (100%).

Enfin, la gêne ressentie par les troubles du transit est quantifiée par une échelle visuelle de « pas du tout » (0%) à « totalement » (100%).

Plus le score total est élevé, plus la sévérité des troubles du transit est importante.

Je me base également sur le questionnaire de qualité de vie spécifique aux troubles fonctionnels digestifs **FDDQL** (questionnaire raccourci pour être plus concis et plus spécifique des troubles du transit chez les personnes vivant en maison de retraite) (Annexe 4).

Ce questionnaire raccourci comporte vingt-deux questions. Elles évaluent la qualité de vie des sujets malgré leurs troubles fonctionnels digestifs suivant huit critères :

- activités : quotidiennes et divertissements
- anxiété : inquiétude face aux épisodes de troubles digestifs, à l'efficacité des médicaments spécifiques des troubles digestifs
- alimentation : régime particulier
- sommeil : endormissement et réveils nocturnes
- inconfort : gênes abdominales et qualité du transit
- réaction face à la maladie : comparaison avec les autres personnes ne souffrant pas de troubles digestifs
- contrôle : gérer ses troubles digestifs

- impact du stress : en rapport direct ou pas avec les troubles digestifs

b- Consentement éclairé

Avant le début de l'étude, le patient est informé du déroulement de l'étude et des informations médicales nécessaires pour le recueil des données (Annexe 5). Il lui est précisé que, même s'il signe le consentement, il a accès aux données de l'étude durant son déroulé et il a le droit de se retirer de l'étude à tout moment. Les deux soins réalisés dans le cadre de l'étude sont gratuits.

c- Certificat de non contre-indication

Lorsque le patient a signé le consentement, son médecin traitant est informé du déroulement de l'étude et est sollicité pour signer le certificat de non contre-indication au soin ostéopathique. Sans ce certificat (établi par l'IFSOR), le patient ne peut pas être inclus dans l'étude (Annexe 6).

d- La fiche clinique et la fiche de traitement

La fiche clinique pour remplir l'anamnèse et la fiche de traitement où sont notés le bilan des LTR et le traitement sont celles utilisées au sein de l'IFSOR (Annexe 7).

RESULTATS

1- Présentation des cas

La méthode retenue est une étude clinique comportant quatre patients. Les personnes suivies durant l'étude ont toutes des problèmes de transit à type de constipation, diarrhée ou alternance des deux. Leurs troubles répondent aux critères de Rome III. Les patients ressentent également tous une gêne, prennent des médicaments pour réguler leur transit et souhaiteraient améliorer leur transit (certains patients rentraient dans les critères de l'étude mais ne se sentant pas gênés par leurs troubles et leurs prises de médicaments spécifiques, ils ont refusé d'intégrer l'étude). Nous évaluerons au cours de ce suivi la prise de médicaments spécifiques pour réguler le transit, les ballonnements et les douleurs, la gêne ressentie par leurs troubles du transit et l'impact sur la qualité de vie.

Cette étude intègre deux femmes et deux hommes âgés de 65 à 92 ans, souffrant de troubles du transit depuis plusieurs années. Les deux hommes et une femme ont une constipation chronique et une femme a une alternance diarrhée-constipation de façon chronique. Ce travail est réalisé en maison de retraite de mi-décembre 2017 à mi-mars 2018. Deux soins ont été réalisés à une semaine d'intervalle. Le suivi des données s'est effectué par le remplissage des auto-questionnaires le jour du premier soin, puis un mois, deux mois et trois mois après.

Les patients de l'étude répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion.

2- Résultats des manipulations structurelles effectuées

a- Relevé des données qualitatives

Le tableau suivant répertorie les localisations des LTR trouvées et traitées durant les deux soins.

Lésions traitées	Sujet 1 (13 LTR)	Sujet 2 (13 LTR)	Sujet 3 (11 LTR)	Sujet 4 (16 LTR)
Occiput intra osseux	+			
Ligne occipitale	+			+
Occipito-mastoïdienne		+		
Pariétaux		+		
Frontal		+		
C1	+	+		
Nuque				+
Scalènes		+		+

D2	+	+		
D8-D10			+	+
D10-D12		+		
D12-L2		+		
Hypogastre	+	+	+	+
Caecum		+		+
Fosse iliaque gauche	+	+	+	+
Fosse iliaque droite	+	+	+	
Angle colique gauche	+			
Angle colique droit	+			
Crête iliaque gauche	+			+
Crête iliaque droite	+		+	+
Psoas gauche			+	+
Base sacrée	+	+	+	+
Périnée	+		+	+
Péri-coccygiens			+	+
Adducteur droit			+	+
Adducteur gauche			+	+
Poplité gauche				+

- Chez tous les sujets a été relevée une LTR au niveau hypogastre, fosse iliaque gauche et base sacrée.

- Chez trois sujets sur quatre est retrouvée une LTR au niveau fosse iliaque droite, crête iliaque droite et périnée.

- Chez un sujet sur deux ont été relevées des LTR au niveau ligne occipitale, C1, scalènes, D2, D8-D10, caecum, crête iliaque gauche, psoas gauche, péri-coccygiens et adducteurs.

b- Relevé des données quantitatives

Dans le tableau ci-dessous est répertorié le nombre de LTR trouvées et traitées au cours du premier et du deuxième soin.

	1^{er} soin	2^{ème} soin
Sujet 1	11 LTR	6 LTR
Sujet 2	10 LTR	7 LTR
Sujet 3	10 LTR	5 LTR
Sujet 4	11 LTR	8 LTR

Le nombre de LTR a diminué pour tous les sujets entre les deux soins.

3- Evolution de la consommation de médicaments spécifiques des troubles fonctionnels intestinaux

Les trois sujets qui ont une tendance à la constipation prennent un laxatif en systématique tous les matins. Ils peuvent prendre un autre laxatif en plus dans la journée si besoin voire d'autres médicaments pour permettre de contrer un épisode de constipation.

Le sujet qui a tendance à une alternance diarrhée-constipation (un jour de diarrhée par semaine après plusieurs jours avec peu de selles), prend des laxatifs ou des antidiarrhéiques uniquement si besoin.

En ce qui concerne le **sujet 1** (à tendance à la constipation), de J9 à J41 il n'a eu besoin de prendre aucun laxatif en plus. De J42 à J69, il a dû prendre uniquement deux jours, un laxatif en plus. Le sujet a exprimé à J63 aller quotidiennement à la selle. Par contre, entre J69 et J91, le sujet a eu deux épisodes de forte constipation n'ayant pas cédé aux laxatifs oraux. Il a donc dû subir lors de ces deux épisodes un lavement de l'ampoule rectale. Le médecin lui a alors prescrit à partir de J73 deux laxatifs en systématique tous les jours après un épisode de huit jours sans selles. Cela lui a permis de retrouver un transit plus régulier jusqu'à J91.

Le **sujet 2** (à tendance à la constipation), allant à la selle tous les sept jours en moyenne à J1, a toujours besoin à J91, tous les sept jours environ, de laxatifs en plus pour lutter contre ses épisodes de constipation. Par contre, à J91 elle exprime le fait qu'elle trouve que les médicaments sont plus efficaces car elle a besoin de moins de prises supplémentaires qu'avant pour déclencher les selles.

En ce qui concerne le **sujet 3** (à tendance à la constipation), il prend toujours de façon régulière des laxatifs pour contrôler son transit. Il prend également de la compote de pruneaux dès qu'il sent son transit ralenti ou en fonction de ce qu'il a mangé. Il n'a pas exprimé de changement après les soins, ni aux différents temps de recueil de données.

Pour le **sujet 4** (à tendance diarrhée-constipation), elle n'a pas eu besoin de prendre de médicaments entre J15 et J65 car elle n'a eu aucun épisode de diarrhée ni de constipation. Entre J66 et J91, elle a de nouveau été gênée par un jour de diarrhée par semaine, mais elle exprime une diarrhée moins importante qu'avant les soins, nécessitant juste un antidiarrhéique pour couper l'épisode de diarrhée.

4- Evolution du score de Francis

En ce qui concerne la douleur, les sujets en souffrent peu. Deux patients souffrent de ballonnements « assez importants » à J1 mais aucun à J91. Au niveau de la satisfaction de la fréquence à laquelle ils vont à la selle, les résultats sont aléatoires en fonction des sujets et des dates de recueil de données. Au niveau du score total, il est plus faible à J91 qu'à J1 pour trois sujets sur quatre.

Le **sujet 1** exprime des douleurs « peu intenses » uniquement à J63 (pas de douleurs aux autres temps de recueil de données ni les dix jours précédents).

Il souffre de ballonnements « assez importants » à J1 d'après le score de Francis et a « rarement » besoin de desserrer sa ceinture après les repas au FDDQL. A J35, J63 et J91, il ne ressent plus de ballonnements et n'a plus « jamais » de gêne après les repas.

Le sujet 1 est « moyennement satisfait » de sa fréquence de selles à J1 et J91. A J35 (où il va quotidiennement à la selle sans prise supplémentaire de médicaments), il exprime être « très satisfait ». A J63 (où sa constipation revient), il dit n'être « pas du tout satisfait ».

Pour lui, ses troubles du transit l'affectent « assez » à J1 et J63 et « pas beaucoup » à J35 et J91.

Son score total montre des symptômes améliorés à J35 et J91. A J35 son score montre des symptômes légers et à J63 des symptômes plus importants.

Le **sujet 2** n'exprime pas de douleurs à J1. Par contre, elle exprime des douleurs « assez intenses » à J35 (jour où elle est allée à la selle après plusieurs jours de constipation et des laxatifs supplémentaires) et « peu intenses » à J63. A J91, elle évoque avoir eu des douleurs un jour dans les dix jours précédents.

Elle souffre de ballonnements « assez importants » à J1 et J35 nécessitant de desserrer « souvent » sa ceinture après les repas. A J63 et J91, elle exprime moins de ballonnements au score de Francis et elle desserre « rarement » sa ceinture après les repas d'après le FDDQL.

Le sujet 2 n'est « pas satisfaite » de sa fréquence de selles à J1, J35 et J91. A J63, elle se dit « assez satisfaite ».

Pour elle, ses troubles du transit l'affectent presque « totalement » à J1 et J91, et « assez » à J35 et J63.

Son score total montre des symptômes modérés aux quatre temps de recueil de données. A J63, son score est à la limite des symptômes légers.

Le **sujet 3** exprime des douleurs « peu intenses » à J1 et J91. Il exprime des douleurs « assez intenses » à J63. Il évoque uniquement à J1 et à J35 des douleurs les dix jours précédents le recueil de données.

Il souffre de ballonnements « assez importants » uniquement à J35, jour où il exprime au FDDQL un besoin de desserrer sa ceinture après les repas « rarement » au lieu de « jamais » sur les trois autres temps des questionnaires.

Le sujet 3 est « assez satisfait » de sa fréquence de selles à J1 et J91. A J35 où il est constipé il se dit « pas du tout satisfait » et à J63 « très satisfait ».

Pour lui, ses troubles du transit l'affectent « pas beaucoup » à J1 et J91. A J35, il se dit presque « totalement » affecté et à J63 « pas du tout » affecté.

Son score total à J1 montre des symptômes modérés, à J35 des symptômes sévères, à J63 des symptômes améliorés et à J91 des symptômes légers.

Le **sujet 4** exprime des douleurs « peu intenses » uniquement à J63.

Elle exprime des ballonnements uniquement à J63.

Le sujet 4 est à chaque temps de recueil de données « pas satisfaite » de sa fréquence de selles.

Pour elle, ses troubles du transit l'affectent « assez » à J1 et J35 et « pas beaucoup » à J63 et J91.

Son score total montre des symptômes légers aux quatre temps de recueil de données.

5- Evolution de la qualité de vie au questionnaire FDDQL raccourci

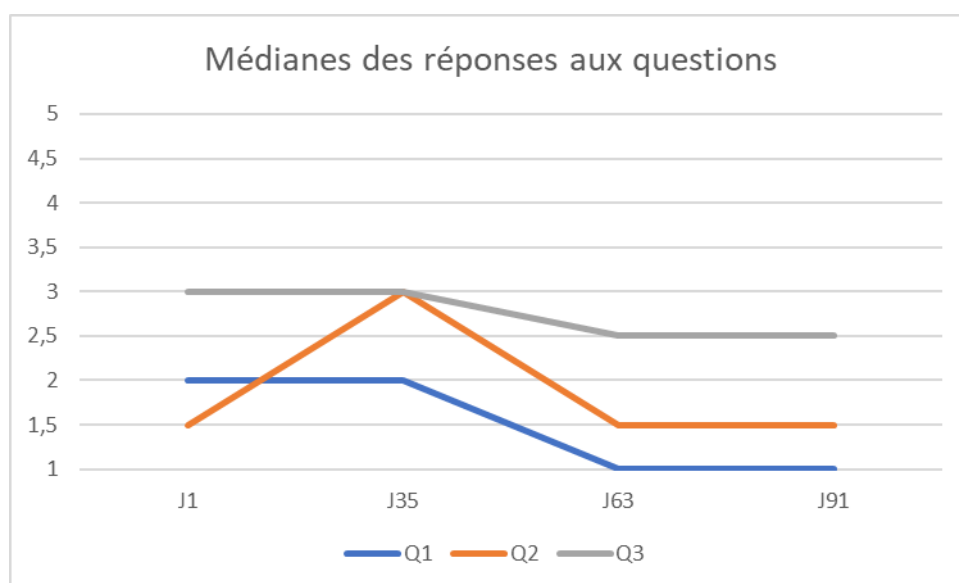
N'ayant que quatre patients dans mon étude, les graphiques qui illustrent les résultats utilisent la médiane des réponses au questionnaire. En effet, le questionnaire FDDQL (*Annexe 4*) propose des réponses de 1 à 5 (voire 6 pour certaines questions). Les résultats sous forme de moyenne ne permettraient pas une vision objective des réponses.

La médiane correspond à la valeur où il y a la moitié des réponses au-dessus et la moitié des réponses au-dessous de cette valeur. Elle est plus représentative des réponses des sujets.

Au niveau des **activités** (Questions 1 à 3), aucun sujet à J91 n'est gêné à cause de ses problèmes digestifs alors qu'ils ressentait tous à J1, J35 et/ou J63 « moyennement » ou « rarement » des difficultés à les réaliser (Q1).

A J91, chaque sujet exprime le fait de ne « jamais » interrompre ou « rarement » ses activités à cause des problèmes digestifs alors qu'à J1, J35 et/ou J63 certains étaient gênés « quelquefois » (Q2).

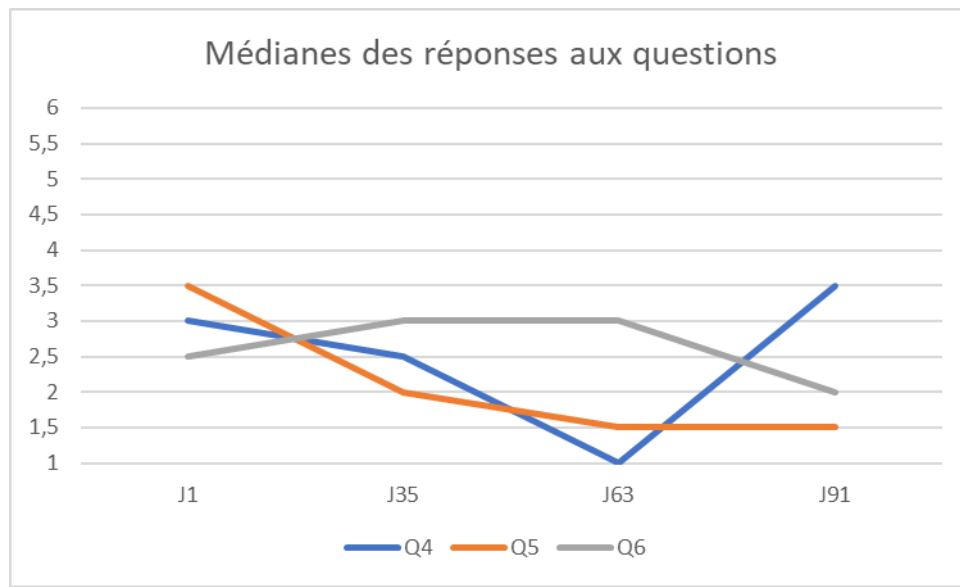
Pour les difficultés de concentration, les réponses aux questionnaires sont aléatoires en fonction des sujets et des dates des questionnaires. Il n'y a aucune interprétation possible des réponses (Q3).



Au niveau de l'**anxiété** (Questions 4 à 6), les sujets ont de moins en moins peur que leurs problèmes digestifs s'aggravent dans l'avenir jusqu'à J63. Mais l'anxiété a de nouveau augmenté à J91 (Q4).

La confiance envers les médicaments spécifiques des troubles digestifs est réellement meilleure pour tous les patients à J91 (Q5).

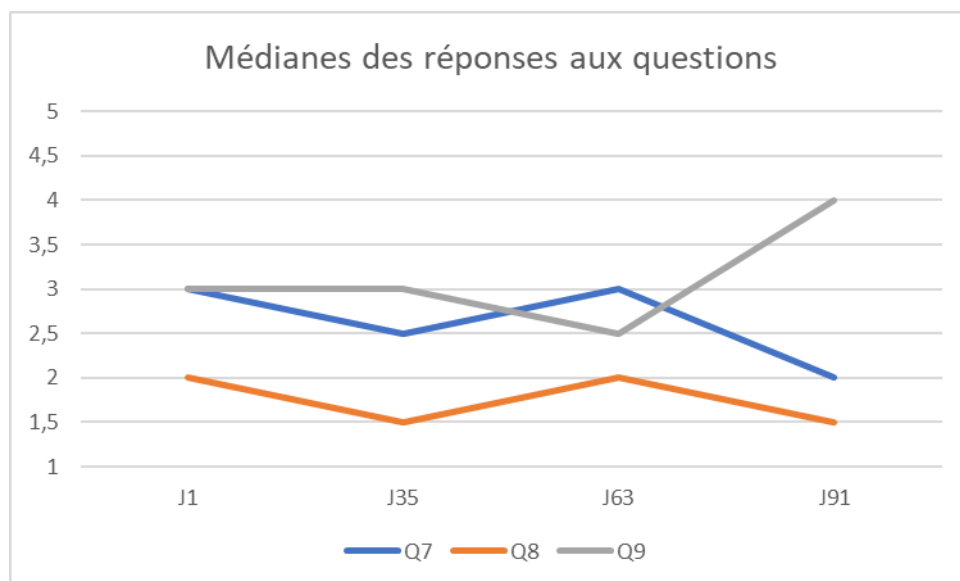
Au niveau de l'appréhension du prochain épisode de trouble digestif, elle augmente un peu entre J1 et J63 en étant à « quelquefois » (une réponse à « tout le temps ») alors qu'à J91 l'appréhension redescend autour de « rarement » (une réponse à « jamais ») (Q6).



Au niveau de l'**alimentation** (Questions 7 à 9), à J91 les sujets se sentent moins sensibles qu'à J1 vis-à-vis de certains aliments (Q7).

Les sujets ne se sentent pas plus, ni vraiment moins frustrés de ne pas pouvoir manger comme tout le monde à J91 par rapport à J1 (Q8).

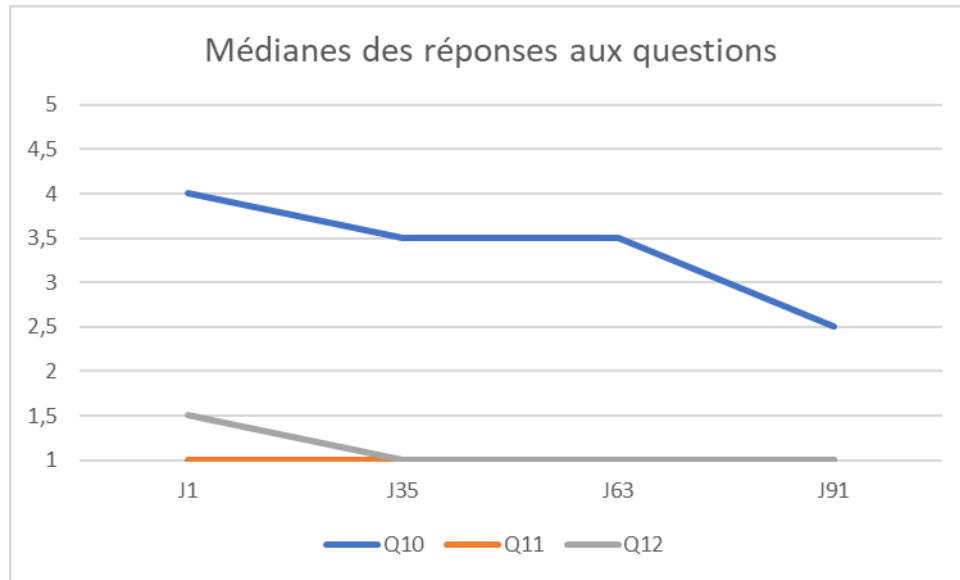
Par contre, les sujets font tous plus attention à J91 à ce qu'ils mangent ou boivent (Q9).



En ce qui concerne le **sommeil** (Questions 10 à 12), ils expriment de plus en plus de difficultés à s'endormir mais pas à cause des troubles digestifs (Q10).

A J91, plus aucun sujet n'est réveillé à cause des troubles digestifs (aux trois premiers questionnaires un sujet, différent à chaque fois, se sentait gêné) (Q11).

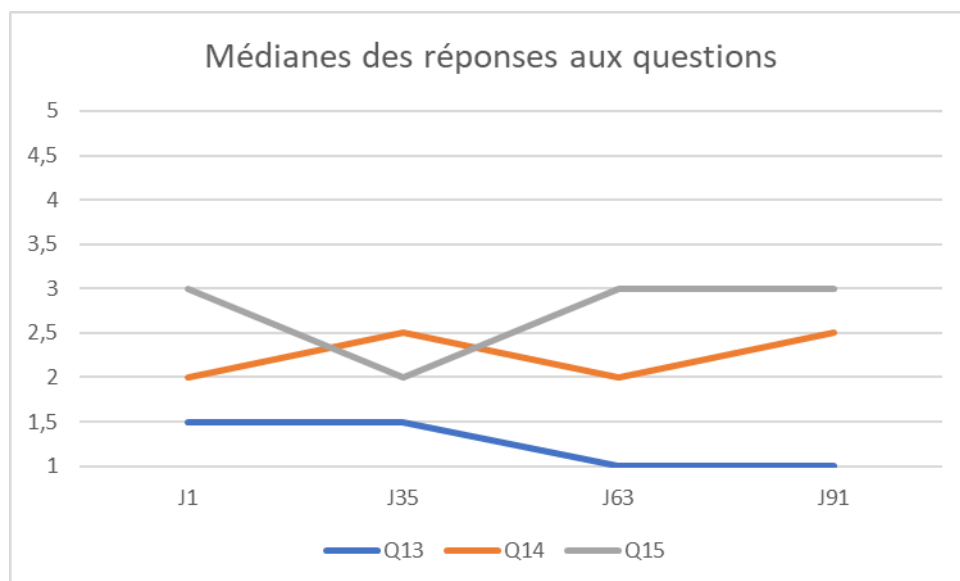
Dès J35, les sujets ne sont quasiment « jamais » restés éveillés la nuit à cause des troubles digestifs (Q12).



En ce qui concerne l'**inconfort** (Questions 13 à 15), les sujets ont peu besoin de desserrer leur ceinture ou de s'allonger après les repas (Q13).

Les sujets ont globalement autant de gaz à J1, J35, J63 et J91 (Q14).

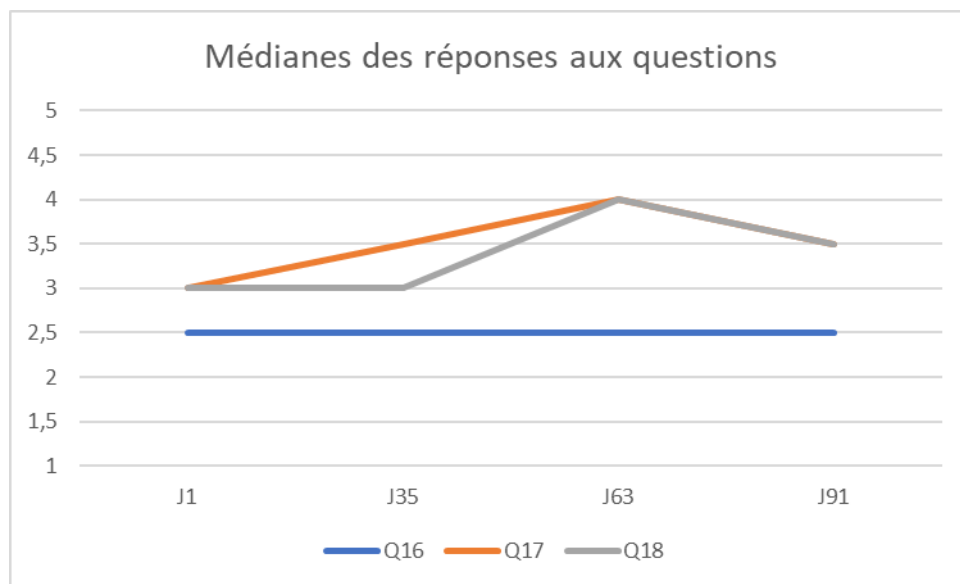
Les sujets sont moins satisfaits de leur transit à J91 qu'à J1 même si les médianes sont identiques. En effet, à J1 trois patients sur quatre sont « moyennement » satisfaits et un patient est « beaucoup » satisfait. Alors qu'à J91, un patient n'est « pas du tout » satisfait, un autre est « un petit peu » satisfait et les deux autres sont « beaucoup » satisfaits (Q15).



Au niveau de la **réaction face à la maladie** (Questions 16 à 18), ils ne se sentent pas vraiment plus fragiles que les autres (réponses identiques à J1 et J91 et homogènes durant les trois mois d'étude) (Q16).

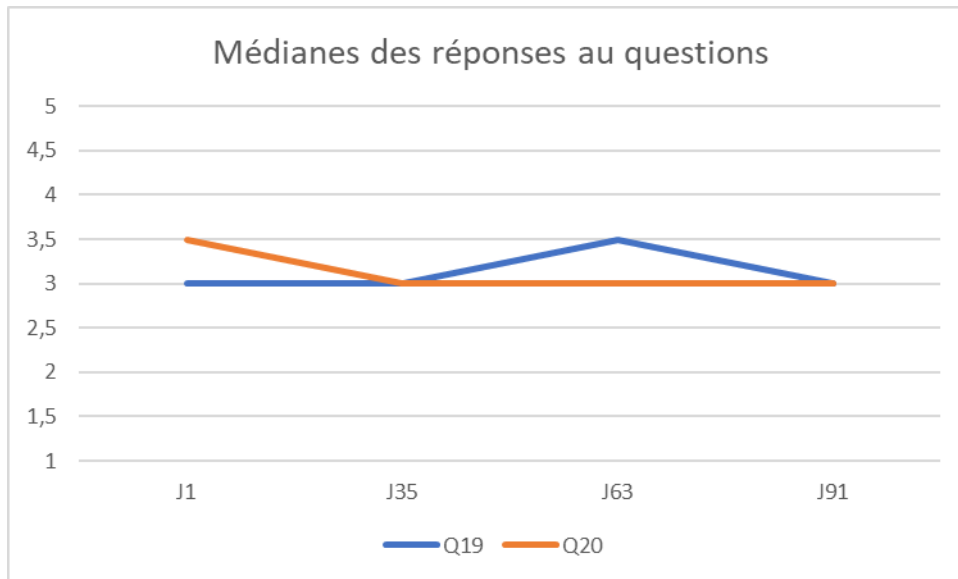
En ce qui concerne faire un repas entre amis ou en famille, même si cela doit augmenter les troubles digestifs, les sujets ont une opinion plus tranchée à J91 (à J1, trois sujets sur quatre ont coché « ne sais pas » alors qu'à J91 deux sujets ont coché « plutôt d'accord », un « plutôt pas d'accord » et seulement un « ne sais pas »). Par contre, ils sont moins disposés à faire un écart alimentaire à J91 qu'à J35 ou J63 où deux sujets avaient coché « plutôt d'accord » et/ou « tout à fait d'accord » (Q17).

Pour le sentiment de vivre ou pas comme tout le monde malgré les troubles digestifs, les réponses sont différentes en fonction du sexe du sujet. A J1, les deux hommes expriment qu'ils peuvent vivre quasiment comme tout le monde malgré leurs troubles digestifs. Par contre, les deux femmes sont « plutôt pas d'accord ». A J91, les deux hommes ont le même sentiment qu'à J1 et les deux femmes ont coché « ne sais pas » (Q18).



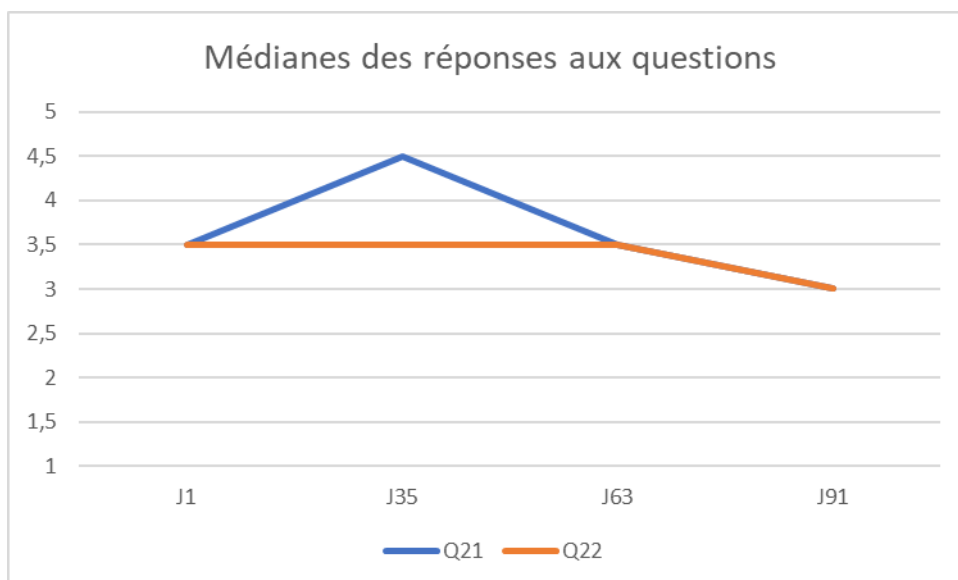
En ce qui concerne le **contrôle** (Questions 19 et 20), les sujets ne savent pas vraiment ce qu'ils peuvent faire pour diminuer leurs troubles digestifs. En effet, les réponses sur les quatre temps de recueil sont différentes mais autour de la réponse « ne sais pas » (Q19).

Globalement, ils ne savent pas non plus ce qu'ils doivent faire lorsqu'ils ont des troubles digestifs (Q20).



Enfin, au niveau de l'**impact du stress** (Questions 21 et 22), à J1 chaque sujet à un avis différent sur le rapport entre le stress et ses troubles digestifs avec une tendance à penser que cela a un rapport direct. Par contre, à J35, trois sujets sur quatre ont vraiment l'impression que tout stress provoque des troubles digestifs. Mais, à J91 la tendance est plutôt à « ne sais pas », un sujet a même coché « plutôt pas d'accord » (Q21).

En ce qui concerne l'impact d'une contrariété sur leurs troubles digestifs, leur sentiment est différent en fonction des temps de recueil de données mais est globalement « ne sais pas » (Q22).



DISCUSSION

1. Interprétation des résultats

Nous observons un parallélisme entre les réponses au score de Francis et au questionnaire FDDQL raccourci en ce qui concerne la distension abdominale (ballonnements, besoin de desserrer sa ceinture après les repas) et la satisfaction du transit (satisfaction exprimée et fréquence à laquelle ils vont à la selle). Nous pouvons donc dire que ces deux auto-questionnaires sont adaptés à notre population de sujets en maison de retraite.

Après les soins, il est observé que les sujets sont moins contraints pour réaliser leurs activités quotidiennes.

Au niveau de l'anxiété, elle est améliorée en ce qui concerne la confiance dans les médicaments spécifiques des troubles fonctionnels digestifs. Il y a une vraie tendance à l'amélioration révélée par l'analyse statistique avec une spécificité de 0,07 (révélateur à 0,05). N'ayant que quatre sujets, il n'y a pas de spécificité vraie.

Les sujets se sentent moins sensibles vis-à-vis de certains aliments mais ils font plus attention à leur alimentation à la fin de l'étude.

Au niveau du sommeil, ils ne sont plus gênés au milieu de la nuit à cause de leurs troubles digestifs.

Au cours de l'étude il n'y a pas de modification au niveau de l'inconfort digestif (ballonnements), ni au niveau des gaz.

Les sujets ne ressentent pas d'amélioration de leur transit à J91. Cependant, deux patients ont été totalement améliorés pendant deux mois après les soins mais les troubles sont revenus à J91. Ces deux patients sont quand même moins affectés par leur transit à J91 qu'à J1.

Les hommes sont moins affectés par leurs troubles digestifs que les femmes.

A la fin de l'étude, les sujets ne savent pas ce qu'ils doivent faire pour diminuer leurs troubles, ni quoi faire quand ils ont un épisode de troubles digestifs. L'ostéopathie ne leur a pas apporté de solution à ces interrogations.

Les sujets ne savent pas identifier si le stress ou les contrariétés ont un impact direct sur leurs troubles digestifs.

Nous nous apercevons que les réponses des sujets sont directement liées à leur transit au moment de remplir les auto-questionnaires. En effet, le sujet 1 a un score de sévérité de Francis de 0 à J35, jour où il exprime aller tous les jours à la selle sans laxatif supplémentaire. Le sujet 2 à J35, après un épisode de constipation et des prises importantes de laxatifs supplémentaires, ressent plus de douleurs juste avant d'aller à la selle. Et le sujet 3 exprime une moins bonne satisfaction de son transit à J63 alors qu'il est constipé.

En ce qui concerne l'impact des médicaments habituels des sujets sur leur transit, nous voyons ici qu'il est faible. Effectivement, le patient constipé amélioré pendant deux mois prend

chaque jour treize médicaments dont trois anxiolytiques et un laxatif. L'autre sujet amélioré prend cinq médicaments quotidiennement (pas d'anxiolytique constipant ni de traitement pouvant être diarrhéique). Donc, l'impact mécanique de notre traitement ostéopathique est important même si la flore intestinale peut être perturbée par la prise quotidienne de plusieurs médicaments.

2. Comparaison avec la littérature

a- Etudes sur des adultes

Une étude de King ¹⁵ réalisée à Nice a montré que l'ostéopathie avec des techniques viscérales diminue le score de sévérité et améliore la qualité de vie. Cette étude randomisée s'est réalisée sur trente adultes de 45 ans +/- 16 ans. Les critères d'inclusion étaient de répondre aux critères de Rome III et de ne pas avoir de maladies organiques ni de dépression. Il y avait deux groupes : un recevant un soin ostéopathique et l'autre un soin ostéopathique fictif à base de massage viscéral. Les deux groupes ont eu une amélioration mais cette étude, sur un faible nombre de patients, n'a pas montré de spécificité du traitement ostéopathique.

Un article de Seffinger et al. ¹⁶, rapporte qu'une étude de 2013 avec 31 sujets d'âge moyen de 50 ans, a montré que des patients recevant des techniques viscérales globales et vibratoires locales ont eu une diminution de leur diarrhée, constipation, distension abdominale et de leur douleur, et cela maintenu un an après. Le groupe de patients ayant reçu un massage abdominal n'avait pas eu d'amélioration de la diarrhée ou constipation mais une amélioration uniquement sur la distension abdominale et la douleur. Cette étude sur peu de sujets confirme la tendance de l'étude précédente à l'amélioration des troubles fonctionnels intestinaux par des techniques ostéopathiques.

b- Etude sur la pratique de l'ostéopathie chez les sujets de plus de 65 ans

Une étude américaine de 2012 ¹⁷ cherchait à voir comment les médecins ostéopathes utilisaient les techniques manipulatives chez les sujets de 65 ans et plus. Il en ressort que les médecins ostéopathes (qui utilisent les techniques manipulatives dans leur pratique quotidienne) pratiquent l'ostéopathie chez tous les sujets de plus de 65 ans. Ils utilisent les

¹⁵ King H H. Severity of Irritable Bowel Syndrome Symptoms Is Reduced by Osteopathy, The Journal of the American Osteopathic Association. Vol 113 No 4 (Avril 2013). 357-358

¹⁶ Seffinger M A. et al. G.I. Joe : Could Visceral Osteopathy Help Fight the War against IBS ? The Journal of the American Osteopathic Association. Vol 114 No 5 (Mai 2014). 408-409

¹⁷ Channell M K et al. Osteopathic Manipulative Treatment for Older Patients : A National Survey of Osteopathic Physicians, The Journal of the American Osteopathic Association. Vol 116 No 3 (Mars 2016). 136-143

techniques ostéopathiques surtout pour les troubles musculosquelettiques (99%) mais aussi pour les troubles gastro-intestinaux (95%). Ils émettent juste une réserve à la pratique des techniques articulaires pour les sujets de plus de 65 ans (99% de pratique pour les sujets < 65 ans, 60% pour les sujets entre 65 et 79 ans et seulement 32% pour les sujets > 80 ans). Cela à cause du risque élevé d'ostéoporose (fragilité de la trame osseuse avec l'âge entraînant un risque de fracture importante sans réel traumatisme). Les techniques ostéopathiques sont considérées comme sûres et efficaces et sont utilisées dans 75 % des traitements des personnes âgées.

Une étude de Létard publiée en 2016 ¹⁸ cherchait à montrer l'efficacité de l'ostéopathie sur les TFI de 20 sujets de moyenne d'âge de 61 ans +/- 13 ans répondant aux critères de Rome III. Elle a utilisé l'Echelle Visuelle Analogique pour chaque symptôme. Il fut réalisé trois séances espacées d'un mois. Le traitement ostéopathique a utilisé des techniques viscérales, musculosquelettiques et craniale sacrées. A la fin de l'étude, il est observé une amélioration significative de la douleur abdominale, des troubles du transit (diarrhée et constipation) et du stress. Par contre, la diminution de gaz, de ballonnements et de la distension abdominale n'était pas significative.

c- Revues de littérature

Une revue de littérature publiée en 2014 ¹⁹ ne recense que 103 études entre 1998 et 2013 sur l'ostéopathie et le traitement des TFI.

La revue ne prend en compte finalement que cinq études (dont trois françaises) avec des risques de biais faibles, un groupe témoin dans l'étude, un diagnostic selon les critères de Rome III et des sujets de plus de 18 ans (moyenne d'âge 45-50 ans dans chaque étude).

Les traitements utilisés sont sans restriction de techniques, individualisés en fonction du thérapeute et du patient. Il est utilisé des techniques viscérales, articulaires sur le rachis (dorsal jusqu'au sacrum), et des techniques tissulaires cervicales.

Dans toutes les études, l'amélioration par le traitement ostéopathique est plus importante que dans le groupe témoin au niveau de la douleur abdominale, de la sévérité des TFI et de l'indice de gravité. L'amélioration de la sensibilité rectale, de la distension abdominale et des troubles du transit n'est pas significative par rapport au groupe témoin.

Cette revue de littérature, dans sa discussion, toujours basée sur de la bibliographie, tend à expliquer l'intervention de l'ostéopathe qui, par son bilan palpatoire, recherche un tissu modifié en texture, tonus et motilité. Les auteurs expliquent que cette « perte de la motilité tissulaire perturberait les mécanismes autorégulateurs fondamentaux du corps humain ».

Ils estiment que « le dysfonctionnement de l'axe cervico-intestinal des IBS (Irritable Bowel Syndrome = TFI) pourrait être important car la médecine ostéopathique est supposée influencer les systèmes viscéraux et neurovégétatif. »

¹⁸ Létard L. et al. Apport de l'ostéopathie dans la prise en charge des troubles fonctionnels intestinaux (TFI) de l'adulte, *Hegel*. Vol 6 No 4 (2016). 366-379

¹⁹ Müller A. et al. Effectiveness of Osteopathic Manipulative Therapy for Managing Symptoms of Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review, *The Journal of the American Osteopathic Association*. Vol 114 No 6 (Juin 2014). 470-479

Cette revue de littérature permet d'appuyer notre modèle fondamental.

Une autre publication, de Collebrusco et al., cherche à décrire un traitement ostéopathique le plus efficace possible pour traiter les TFI, d'après plusieurs études réalisées. Elle préconise des techniques viscérales, articulaires et tissulaires sur un tissu modifié au niveau abdominal et sur les zones de variable de régulation mécanique, neurologique et vasculaire, localement et à distance. Le but est d'améliorer l'efficacité des médicaments spécifiques des troubles du transit.

Nous retrouvons dans cette publication le protocole de traitement réalisé au sein de l'IFSOR.

3. Limites de l'étude

Mon étude, par ses critères d'inclusion et d'exclusion, ne comprend que quatre sujets. Les résultats qui en ressortent ne peuvent donc rien prouver, ils ne montrent que des tendances qu'il faudrait faire vérifier par des études avec beaucoup plus de sujets pour avoir une réelle signification statistique.

Je n'ai pas de groupe témoin (aucun soin, traitement de kinésithérapie ...). Je ne peux donc pas comparer les résultats obtenus et je ne peux pas réellement montrer la pertinence de l'efficacité du soin ostéopathique.

D'autre part, j'ai fait remplir à mes sujets âgés, deux auto-questionnaires écrits sur six feuilles. Les sujets ont eu des difficultés et beaucoup d'appréhension à les remplir à J1 et J35. En effet, ils trouvaient que cela faisait beaucoup de feuilles et que cela leur demandait une concentration importante un long moment. Et surtout, ils avaient peur de mal remplir les questionnaires. Avec l'habitude, à J63 et J91, les sujets ont été tous sereins à remplir les auto-questionnaires.

De plus, les sujets ont des pathologies surajoutées (problèmes cardiaques, diabète, dépression) ne permettant pas d'avoir une population homogène et vraiment comparative.

Les sujets ont été traités par un seul opérateur. Il serait intéressant de faire une étude multicentrique avec des ostéopathes pratiquant selon notre modèle fondamental pour voir si les tendances retrouvées dans mon étude se confirment.

Enfin, les résultats n'étant pas significatifs, nous ne pouvons pas exclure que certaines améliorations n'ont été que le fruit de l'effet placebo d'avoir eu un traitement spécifique à leurs troubles du transit.

4. Perspectives de l'étude

Deux patients ont été nettement améliorés pendant deux mois (un souffrant de constipation et un d'alternance diarrhée-constipation). Les troubles sont réapparus durant la

même semaine. Nous pouvons donc préconiser dans le suivi des patients, de leur demander de revenir pour une séance au bout d'un mois et demi ou deux mois pour vérifier les LTR. Ils pourraient même revenir plus rapidement pour une autre séance si les troubles réapparaissent plus tôt. Cela aurait pour but de traiter un maximum de LTR pour éviter les récives.

Cette amélioration des deux sujets, sur deux types de troubles du transit, nous permet de penser que l'ostéopathie peut améliorer les différents types de troubles fonctionnels intestinaux.

Pour ma future pratique d'ostéopathe, ce travail m'a permis de mettre en place notre modèle fondamental structurel sur une pathologie purement viscérale et fonctionnelle. Les résultats obtenus me donnent envie de proposer des soins aux personnes âgées souffrant de problèmes digestifs chroniques. Ainsi, les deux séances ayant eu un impact important sur un sujet de 92 ans et un sujet prenant treize médicaments quotidiennement, je pense que les sujets en maison de retraite (quel que soit leur âge et leur état de santé) devraient pouvoir bénéficier d'un accès facilité à des séances d'ostéopathie pour améliorer leur état fonctionnel (marche, posture au fauteuil, posture au lit ...).

CONCLUSION

Les troubles fonctionnels intestinaux sont fréquents dans la population y compris chez les sujets en maison de retraite. Les traitements usuels sont symptomatiques et peu efficaces.

Chez les sujets en maison de retraite, dont certains prennent un nombre important de médicaments, ces troubles du transit paraissent normaux. D'ailleurs, peu d'études tiennent compte des sujets de plus de 65 ans. Chez les sujets âgés, nous nous heurtons à des pathologies surajoutées (cardiaque, diabète, thyroïde ...) nécessitant des traitements médicamenteux (qui influencent la flore intestinale) et qui ne permettent pas d'avoir une population homogène.

Cette étude a voulu montrer que l'ostéopathie peut apporter une réponse symptomatique à ces troubles fonctionnels intestinaux et améliorer la qualité de vie des sujets âgés. L'hypothèse est vérifiée pour deux patients, l'un à tendance à la constipation, l'autre à l'alternance diarrhée-constipation.

Les résultats ont tendance à montrer que les troubles fonctionnels intestinaux sont aussi d'ordre tissulaire et liés à des dysfonctions biomécaniques. En effet, cette étude qui suit le traitement ostéopathique selon le modèle fondamental enseigné à l'IFSOR montre une efficacité après un travail mécanique local et à distance en lien avec la structure côlon.

Ce travail confirme le fait que l'ostéopathie peut être envisagée pour améliorer les troubles fonctionnels intestinaux. Cette étude ouvre la voie sur le traitement de ces troubles chez la personne âgée.

BIBLIOGRAPHIE

- Dapoigny M. et al. Troubles fonctionnels intestinaux et consommation de soins, Gastroentérologie Clinique et Biologique. Vol 27 No 3 (mars 2003). 265-271
- Brugman R. et al. The effect of osteopathic treatment on chronic constipation – A pilot Study, International Journal Of Osteopathic Medicine. Vol 13 (2010). 17-23
- Fabre A., Etude de l'impact de l'ostéopathie structurée sur la constipation fonctionnelle chronique, IFSOR, promotion 2015-2016
- Collebrusco L. et al, Osteopathic manipulative treatment and nutrition : An alternative approach to the irritable bowel syndrome, Health. Vol 5 No 6 (2013). 87-93
- Bruley Des Varannes S. Syndrome de l'intestin irritable : aspects évolutifs, Gastroentérologie clinique et biologique. Vol 33 suppl 1 (2009). 584-590
- HAS, Commission de la transparence, Météospasmyl, 6 juin 2012. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/meteospasmyl_06062012_avis_ct11943.pdf (page consultée le 06 mai 2018)
- Gourcerol G. et al. Traitement du syndrome de l'intestin irritable : où en est-on ? Hépatogastro et Oncologie digestive. Vol 20 No 9 (novembre 2013). 752-765
- Ducrotté P. Flore et syndrome de l'intestin irritable, Gastroentérologie clinique et biologique. Vol 34 (2010). 56-60
- Ropert A. et al. Troubles de la motricité intestinale et hypersensibilité viscérale dans le syndrome de l'intestin irritable, Gastroentérologie clinique et biologique. Vol 33 suppl 1 (février 2009). 35-39
- Firth M. et al. Gastrointestinal Motility Problems in the Elderly Patient, Gastroenterology Vol 122 No 6 (2002). 1688-1700
- <http://www.malauventre.fr/fr/traitement-disponible/evaluer-severite-vos-symptomes.html>, (page consultée le 29/04/2018)
- Chassany O et al. Validation of a specific quality of life questionnaire for functional digestive disorders, Gut. Vol 44 (1999). 527-533
- Coffin B. Quel est l'impact du Syndrome de l'Intestin Irritable sur la qualité de vie des patients ? Hépatogastro et Oncologie digestive. Vol 20 No 8 suppl 4 (décembre 2013). 11-15
- Terramorsi J.F. Ostéopathie Structurée. Lésion structurée - Concepts structurants. Gépro Eolienne, 2013, 415 pages
- King H H. Severity of Irritable Bowel Syndrome Symptoms Is Reduced by Osteopathy, The Journal of the American Osteopathic Association. Vol 113 No 4 (Avril 2013). 357-358
- Seffinger M A et al. G.I. Joe : Could Visceral Osteopathy Help Fight the War against IBS ? The Journal of the American Osteopathic Association. Vol 114 No 5 (Mai 2014). 408-409
- Channell M K et al. Osteopathic Manipulative Treatment for Older Patients : A National Survey of Osteopathic Physicians, The Journal of the American Osteopathic Association. Vol 116 No 3 (Mars 2016). 136-143

Létard L. et al. Apport de l'ostéopathie dans la prise en charge des troubles fonctionnels intestinaux (TFI) de l'adulte, *Hegel*. Vol 6 No 4 (2016). 366-379

Müller A. et al. Effectiveness of Osteopathic Manipulative Therapy for Managing Symptoms of Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review, *The Journal of the American Osteopathic Association*. Vol 114 No 6 (Juin 2014). 470-479

HAS, « Insuffisance pancréatique exocrine – Bon usage de médicaments de l'insuffisance pancréatique exocrine » et « Dyspepsie et troubles intestinaux – Traitement des troubles dyspeptiques et fonctionnels intestinaux ». AVIS N° 2016.0021/AC/SEM du 10 février 2016 du collège de la Haute Autorité de santé relatif aux projets de référentiels sur le bon usage des médicaments. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2609815/fr/avis-n-2016-0021/ac/sem-du-10-fevrier-2016-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-relatif-aux-projets-de-referentiels-sur-le-bon-usage-des-medicaments-insuffisance-pancreatique-exocrine-bon-usage-de-medicaments-de-l-insuffisance-pancreatique-exocrine-et-dyspepsie-et-troubles-intestinaux-traitement-des-troubles-dyspeptiques-et-fonctionnels-intestinaux (page consultée le 06/05/2018)

<https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/quality-of-life-questionnaire-for-functional-digestive-disorders> (page consultée le 06/05/2018)

ANNEXES

Annexe 1 : Critères de Rome III

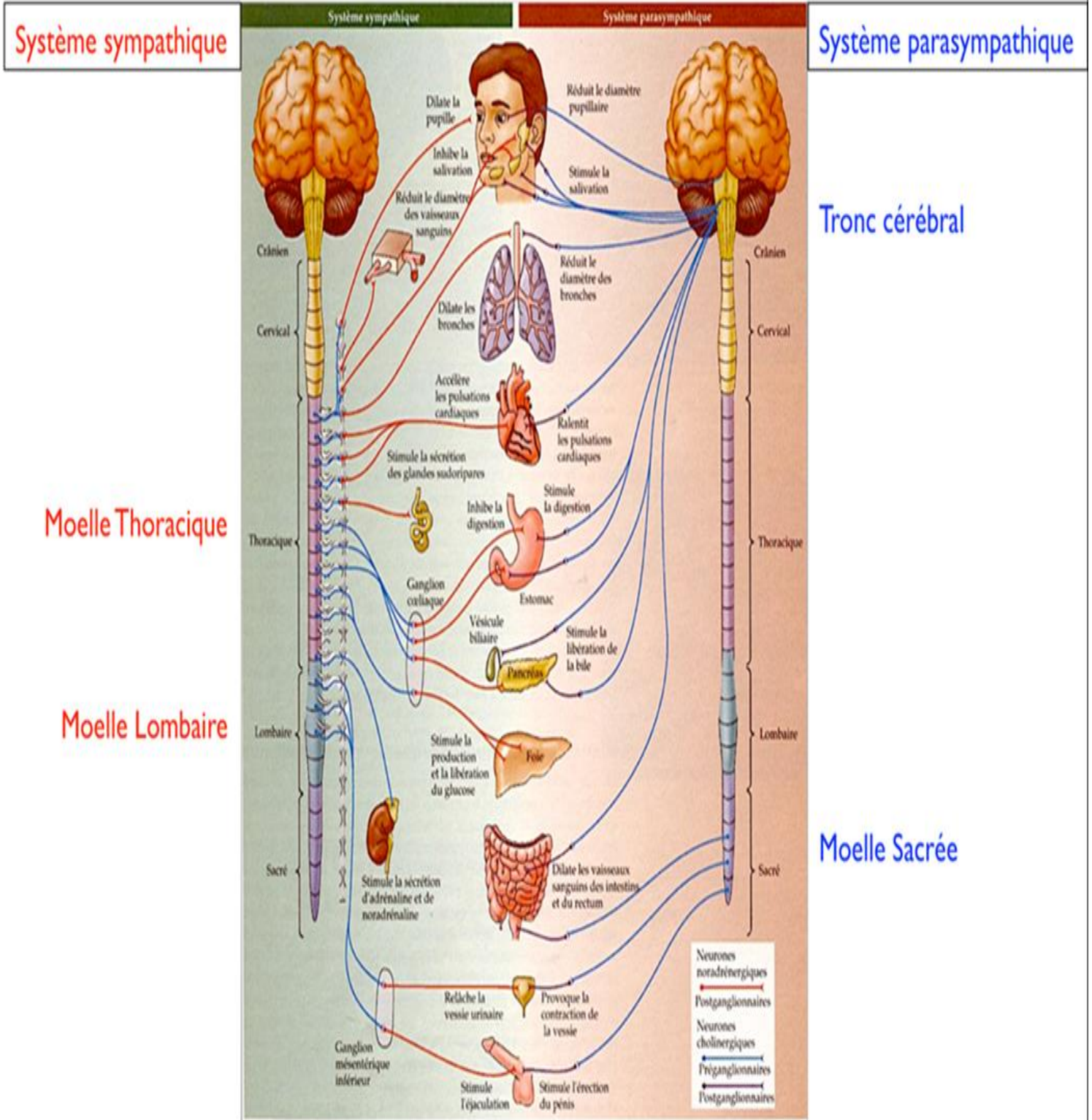
Douleurs ou gênes abdominales présentes au moins 3 jours par mois pendant au moins 3 mois au cours des 6 derniers mois associées à au moins 2 des signes suivants :

- Amélioration après la défécation
- Début associé à une modification de la fréquence des selles
- Début associé à une modification de la consistance et de l'aspect des selles.

Les critères de Rome ont été actualisés et validés en septembre 2016 par la HAS ²⁰. N'ayant pas assez de recul sur ses critères et n'ayant pas eu assez d'études utilisant ces nouveaux critères, j'ai utilisé les critères de Rome III pour mon étude.

²⁰ HAS, « Insuffisance pancréatique exocrine – Bon usage de médicaments de l'insuffisance pancréatique exocrine » et « Dyspepsie et troubles intestinaux – Traitement des troubles dyspeptiques et fonctionnels intestinaux ». AVIS N° 2016.0021/AC/SEM du 10 février 2016 du collège de la Haute Autorité de santé relatif aux projets de référentiels sur le bon usage des médicaments

Organisation du SNV



Purves, Augustine, Fitzpatrick, Katz, LaMantia, McNamara (Neurosciences)

Annexe 3 : Score de (sévérité) de Francis

Il faut additionner les résultats pour calculer le score de sévérité du syndrome de l'intestin irritable. Le score est compris entre 0 à 500.
Le tableau ci-dessous montre à quel stade de sévérité correspond le résultat obtenu :

Score total :

- inférieur à 75 = vos symptômes se sont améliorés, vous êtes en rémission
- compris entre 75 et 175 = vous souffrez de symptômes légers
- compris entre 175 et 300 = vous souffrez de symptômes légers modérés
- supérieur à 300 = vous souffrez de symptômes sévères

1.	<p>a) Souffrez-vous actuellement de douleurs abdominales (douleurs au ventre) ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">OUI</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">NON</div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">entourez la case appropriée</p>	Partie réservée						
	<p>b) Si oui, quelle est la sévérité de ces douleurs abdominales (douleurs au ventre) ?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <p>0% ----- 100%</p> <table style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td>Aucune Douleur</td> <td>Douleurs peu intenses</td> <td>Douleurs assez intenses</td> <td>Douleurs intenses</td> <td>Douleurs très intenses</td> </tr> </table> </div> <div style="flex: 0.1; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div>	Aucune Douleur	Douleurs peu intenses	Douleurs assez intenses	Douleurs intenses	Douleurs très intenses	SCORE	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
Aucune Douleur	Douleurs peu intenses	Douleurs assez intenses	Douleurs intenses	Douleurs très intenses				
	<p>c) Veuillez indiquer le nombre de jours au cours desquels vous souffrez sur chaque période de 10 jours. <i>Ex : si votre réponse est 4, cela signifie que vous souffrez 4 jours sur 10. Si vous souffrez tous les jours, inscrivez le chiffre 10.</i></p> <p>Nombre de jours au cours desquels vous souffrez : x 10</p>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>					
2.	<p>a) Souffrez-vous actuellement de problèmes de distension* abdominale ? (ballonnements, ventre gonflé, tendu) (*Si vous êtes une femme : ne tenez pas compte des problèmes de distension dus à vos règles)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">OUI</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">NON</div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">entourez la case appropriée</p>							
	<p>b) Si oui, quelle est l'importance de ces problèmes de distension abdominale?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <p>0% ----- 100%</p> <table style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td>Aucune distension</td> <td>Distension peu importante</td> <td>Distension assez importante</td> <td>Distension importante</td> <td>Distension très importante</td> </tr> </table> </div> <div style="flex: 0.1; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div>	Aucune distension	Distension peu importante	Distension assez importante	Distension importante	Distension très importante		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
Aucune distension	Distension peu importante	Distension assez importante	Distension importante	Distension très importante				
3.	<p>Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de la fréquence à laquelle vous allez habituellement à la selle ?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <p>0% ----- 100%</p> <table style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td>Très Satisfait(e)</td> <td>Assez Satisfait(e)</td> <td>Pas Satisfait(e)</td> <td>Pas du tout Satisfait(e)</td> </tr> </table> </div> <div style="flex: 0.1; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div>	Très Satisfait(e)	Assez Satisfait(e)	Pas Satisfait(e)	Pas du tout Satisfait(e)		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	
Très Satisfait(e)	Assez Satisfait(e)	Pas Satisfait(e)	Pas du tout Satisfait(e)					
4.	<p>Veuillez indiquer à l'aide d'une croix placée sur la ligne ci-dessous dans quelle mesure votre syndrome du côlon irritable affecte ou perturbe votre vie en général.</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <p>0% ----- 100%</p> <table style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td>Pas du tout</td> <td>Pas beaucoup</td> <td>Assez</td> <td>Totalement</td> </tr> </table> </div> <div style="flex: 0.1; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div>	Pas du tout	Pas beaucoup	Assez	Totalement		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	
Pas du tout	Pas beaucoup	Assez	Totalement					
SCORE DE SEVERITE DU SYNDROME DU COLON IRRITABLE :			<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>					

QUESTIONNAIRE QUALITE DE VIE DANS LES TROUBLES FONCTIONNELS DIGESTIFS ²¹

Ce questionnaire est strictement anonyme et confidentiel.

Comment remplir le questionnaire :

Les questions qui suivent portent sur votre état de santé au cours des 15 derniers jours.

Je vous demande de répondre à toutes les questions en ne cochant qu'une seule case par question.

Choisissez la réponse qui décrit le mieux ce que vous ressentez.

Répondez bien à toutes les questions même si certaines vous paraissent semblables.

Si vous n'effectuez pas certaines activités (ex : faire du sport, ...), mettez une croix dans la case "non concerné(e)".

En cas d'erreur, noircissez la mauvaise réponse () et entourez celle qui s'applique le mieux à votre cas.

Je vous demande d'essayer de répondre seul(e) à ce questionnaire.

Nous vous remercions de votre collaboration.

²¹ <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/quality-of-life-questionnaire-for-functional-digestive-disorders> (page consultée le 06/05/2018)

ACTIVITES

Au cours des 15 derniers jours, à cause de vos troubles digestifs,

1. Avez-vous eu des difficultés pour accomplir vos activités quotidiennes ?

- 1 2 3 4 5
Pas du tout Un petit peu Moyennement Beaucoup Enormément

2. Avez-vous dû interrompre vos activités quotidiennes ?

- 1 2 3 4 5
Jamais Rarement Quelquefois Souvent Tout le temps

3. Avez-vous eu des difficultés pour vous concentrer, notamment lorsque vous lisez ou que vous écoutez de la musique ?

- 1 2 3 4 5
Jamais Rarement Quelquefois Souvent Tout le temps

ANXIETE

4. Avez-vous peur que vos troubles digestifs ne s'aggravent dans l'avenir ?

- 1 2 3 4 5
Pas du tout Un petit peu Moyennement Beaucoup Enormément

5. Avez-vous peur que l'efficacité des médicaments pris pour vos troubles digestifs diminue avec le temps ?

- 1 2 3 4 5 6
Pas du tout Un petit peu Moyennement Beaucoup Enormément Non concerné(e)

Au cours des 15 derniers jours,

6. Avez-vous été inquiet(ète) de ne pas savoir quand surviendrait le prochain épisode de douleurs ou de troubles digestifs ?

 1

Jamais

 2

Rarement

 3

Quelquefois

 4

Souvent

 5

Tout le temps

ALIMENTATION

7. Pensez-vous être plus sensible que les autres vis-à-vis de certains aliments ?

 1

Pas du tout

 2

Un petit peu

 3

Moyennement

 4

Beaucoup

 5

Enormément

Au cours des 15 derniers jours, à cause de vos troubles digestifs,

8. Vous êtes-vous senti(e) frustré(e) de ne pas pouvoir manger comme tout le monde ?

 1

Jamais

 2

Rarement

 3

Quelquefois

 4

Souvent

 5

Tout le temps

9. Avez-vous fait attention à ce que vous mangiez ou buviez ?

 1

Jamais

 2

Rarement

 3

Quelquefois

 4

Souvent

 5

Tout le temps

SOMMEIL

Au cours des 15 derniers jours,

10. Malgré vos troubles digestifs, avez-vous pu vous endormir facilement ?

 1

Jamais

 2

Rarement

 3

Quelquefois

 4

Souvent

 5

Tout le temps

11. Avez-vous été réveillé(e) la nuit à cause de douleurs ou de troubles digestifs ?

 1

Jamais

 2

Rarement

 3

Quelquefois

 4

Souvent

 5

Tout le temps

12. A cause de vos troubles digestifs, êtes-vous resté(e) éveillé(e) une bonne partie de la nuit ?

 1

Jamais

 2

Rarement

 3

Quelquefois

 4

Souvent

 5

Tout le temps

INCONFORT

Au cours des 15 derniers jours,

13. Avez-vous été obligé(e), après les repas, de desserrer votre ceinture, voire de vous allonger ?

 1

Jamais

 2

Rarement

 3

Quelquefois

 4

Souvent

 5

Tout le temps

14. Avez-vous été gêné(e) par des flatulences (gaz) ?

 1

Pas du tout

 2

Un petit peu

 3

Moyennement

 4

Beaucoup

 5

Enormément

15. Avez-vous été satisfait(e) de votre transit intestinal ?

 1

Pas du tout

 2

Un petit peu

 3

Moyennement

 4

Beaucoup

 5

Enormément

Attention !

Les phrases qui suivent sont sous forme d'affirmations. Merci d'y répondre en indiquant si vous êtes d'accord ou pas avec ces affirmations.

REACTION FACE A LA MALADIE

16. J'ai l'impression d'être de santé plus fragile que les autres.

 1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ne sais pas

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

17. J'accepte de faire un bon repas avec des amis ou lors d'une réunion familiale même si cela doit aggraver mes troubles digestifs.

 1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ne sais pas

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

18. Malgré mes troubles digestifs, je peux vivre comme tout le monde.

 1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ne sais pas

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

CONTROLE

19. J'ai l'impression que tout ce que je peux faire ne changera rien à mes troubles digestifs.

 1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ne sais pas

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

20. Je n'ai aucune idée de ce que je dois faire quand j'ai des troubles digestifs.

 1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ne sais pas

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

IMPACT DU STRESS

21. Je pense que tout stress (toute tension) provoque l'apparition de mes troubles digestifs.

 1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ne sais pas

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

22. Une forte contrariété déclenche mes troubles digestifs.

 1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ne sais pas

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET DE CONSENTEMENT

Dans le cadre de l'obtention du diplôme d'ostéopathe, je vous sollicite pour participer à une étude concernant l'effet d'un traitement ostéopathique structurel sur les troubles fonctionnels intestinaux. Nous évaluerons la douleur abdominale, les ballonnements et l'impact sur la qualité de vie et la prise de médicaments concernés, avant et après traitement.

Le protocole de cette expérimentation s'initie par un bilan de pré inclusion au traitement ostéopathique des troubles fonctionnels intestinaux. Des questionnaires vous seront adressés avant et après le traitement ostéopathique. L'étude se déroule au sein de la résidence ...

Ce travail d'étude et de recherche est réalisé par Lucie MEZIERE MENUET étudiante en 5ème année d'ostéopathie à l'IFSOR, encadré par Florent COLLONGE ostéopathe D.O et Soizik VERBORG responsable de la méthodologie et de la recherche. Tous les renseignements personnels nécessaires collectés pour cette étude seront confidentiels et rectifiables par vos soins si erronés, selon la loi informatique et liberté n°78-17 du 6 janvier 1978. À tout moment vous pourrez quitter l'étude. Les soins seront effectués par Mr Florent COLLONGE 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.

Médecin traitant :

Date :

Signature :

Annexe 6 : Certificat de non contre-indication rempli par le médecin traitant

Le 27 Novembre 2017

Docteur,

Elève en 5^{ème} année à l'école d'ostéopathie IFSO Rennes, Lucie MEZIERE MENUET, je réalise mon mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'ostéopathe. Je tiens à vous rappeler que l'école d'ostéopathie de Rennes (IFSOR) prend en formation pour 5 ans des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux pour les former jusqu'au diplôme d'ostéopathe. Le sujet de mon mémoire est le traitement ostéopathique structurel chez des patients souffrant de troubles fonctionnels intestinaux qui répondent aux critères de Rome III. Dans le cadre de mon mémoire nous allons être amenés à traiter des patients communs.

C'est pourquoi je vous adresse M

Né(e) le

Consentement du patient recueilli le

La loi laisse le libre choix au patient de consulter un ostéopathe mais en encadrant médicalement certains actes. Il ne s'agit en aucun cas de votre part d'une prescription de soins d'ostéopathie mais bien d'un certificat médical de non contre-indication à une prise en charge ostéopathique. C'est pourquoi conformément aux dispositions du décret n°2007-435, je vous demande de bien vouloir établir un certificat attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie afin de pouvoir réaliser les soins de ce patient dans le cadre de la réalisation de mon mémoire. En cas de réponse négative, merci de me préciser la nature de cette contre-indication médicale afin que je puisse la stipuler dans mon recueil de patient.

Dans l'espoir d'une collaboration constructive, veuillez recevoir Docteur, mes salutations respectueuses.

CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION AUX SOINS OSTÉOPATHIQUES

Je soussigné(e) Dr

Demeurant :

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom.....Prénom

Date de naissance

Ne présente aucune contre-indication médicale apparente en vue d'une prise en charge ostéopathique.

Présente des contre-indications médicales à la prise en charge ostéopathique, pour les motifs suivants :

Certificat établi le/...../.....

Cachet et signature du médecin

Ce document fait partie intégrante du dossier ostéopathique de suivi de soin et les informations qu'il contient sont protégées par le secret professionnel.

FICHE CLINIQUE

Date de l'interrogatoire :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Motif de consultation : Troubles fonctionnels intestinaux

Depuis quand :

Description de la plainte :
Facteurs aggravants :
Facteurs calmants :
Signes associés :
Evolution :
Traitements spécifiques TFI :

INFORMATIONS DOSSIER MEDICAL

Antécédents :

Examens complémentaires :

Traitements médicamenteux :

FICHE DE TRAITEMENT

Date du soin :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Bilan des Lésions Tissulaires Réversibles (LTR) traitées :

RESUME

Les troubles fonctionnels intestinaux (TFI) se définissent par un inconfort abdominal et des troubles du transit (diarrhée, constipation ou alternance). Ces troubles bénins, sans cause organique, touchent un nombre important de personnes. Les traitements proposés sont symptomatiques, complétés par un régime alimentaire adapté.

Ce travail présente une étude clinique sur quatre sujets autonomes à la marche, en maison de retraite et souffrant de TFI. Nous cherchons ici à voir l'impact d'un traitement à base de manipulations structurelles (selon le Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurale) sur les tissus en lien avec le côlon.

Les sujets, répondant aux critères de Rome III, reçoivent deux soins espacés d'une semaine. Il est évalué, à J1, J35, J63 et J91, la prise de médicaments spécifiques des troubles du transit, l'état de sévérité des troubles grâce au score de Francis et l'impact sur la qualité de vie grâce à l'auto-questionnaire FDDQL raccourci spécifique des troubles fonctionnels digestifs.

Nous observons que deux sujets sont totalement améliorés pendant deux mois au niveau de leur transit. De plus, la confiance envers les médicaments spécifiques des troubles fonctionnels digestifs est nettement meilleure à J91 pour tous les sujets.

Nous pensons donc que le traitement structurel enseigné à l'IFSOR peut améliorer les TFI des personnes autonomes à la marche en maison de retraite.