



# Apport de l'ostéopathie dans la prise en charge des troubles fonctionnels intestinaux (TFI) de l'adulte

## *Contribution of osteopathy in the management of irritable bowel syndrome (IBS) in adults*

Louis Létard<sup>1</sup>, Jean-Christophe Létard<sup>2</sup>, Laure Beustes<sup>3</sup>, Cédric Scribans<sup>4</sup>

1, 3, 4. Ostéopathe

2. Hépato-Gastro-entérologue

1,2. Commission thérapie complémentaire du CREGG, Polyclinique de Poitiers, 1, rue de la Providence, 86035 Poitiers

3. 56, Avenue René Cassagne, 33150 Cenon

4. Cabinet d'ostéopathie, 33750 Saint Quentin de Baron

### Résumé

De nos jours, les troubles fonctionnels intestinaux (TFI) touchent environ 5 % de la population française et représentent une des pathologies les plus courantes dans les services de gastro-entérologie. Les propositions faites à ces patients restent malgré tout limitées en termes d'efficacité.

Le but de cette étude est d'évaluer l'intérêt d'une prise en charge ostéopathique globale, ainsi que d'envisager la place de l'ostéopathie dans une thérapie pluridisciplinaire, en cas de TFI.

Suite à un recrutement répondant à différents critères d'éligibilité et établi au sein d'une unité de soin prenant en charge les maladies de l'appareil digestif, l'investigation ostéopathique est mise en place chez 20 patients consécutifs, avec un total de trois séances pour chaque patient, permettant d'analyser l'évolution des principaux symptômes en relations avec les TFI.

Les critères d'évaluation étaient basés sur une étude prospective mixte (qualitative/quantitative) des symptômes (douleurs, difficulté à la digestion, constipation, diarrhée, ballonnement et distension abdominale, gaz, fausses envies, reflux gastro-oesophagiens, nausées, vomissements et stress).

La méthode statistique a été réalisée à partir de l'application BIOSTATGV et les comparaisons de moyennes sur échantillon apparié ont été réalisées au moyen du test de Friedman.

Au terme de cette étude préliminaire, l'analyse de l'évolution de ces différents symptômes nous permet de constater une nette amélioration de ceux-ci à tous les temps de l'étude. Les résultats démontrent que la thérapeutique ostéopathique par son effet antalgique, son action sur l'ensemble des symptômes et par sa bonne tolérance, est un traitement de premier choix à proposer aux patients victimes de TFI.

### Mots-clés

Troubles fonctionnels intestinaux ; Ostéopathie ; Gastro-entérologie ; Tube digestif

### Abstract

*The irritable bowel syndrome (IBS) currently affects approximately 5% of the French population and represents one of the most common diseases in gastroenterology units. The proposals for these patients are still limited in terms of efficiency. The aim of this study is to evaluate the interest of a global osteopathic treatment in case of IBS and to consider an osteopathic treatment in a multidisciplinary therapy.*

*To analyze the evolution of the main symptoms in relationship with IBS with an osteopathic care, we have recruited 20 patients in a digestive diseases unit of diseases. These patients had different eligibility criteria and each received 3 sessions of osteopathic care.*



*The evaluation criteria were based on a mixed prospective study (qualitative / quantitative) of symptoms (pain, difficulty of digestion, constipation, diarrhea, bloating and abdominal distension, gas, false desires, gastroesophageal reflux, nausea, vomiting and stress). The statistical method was realized with the BIOSTATGV application and the comparisons of matched samples were made by using the Friedman test. After this preliminary study, the analysis of the evolution of the symptoms show a marked improvement at all time of the study. The results show that by its analgesic effect, its action on the set of symptoms and its good tolerance, an osteopathic treatment is a first line treatment to offer to patients with IBS.*

## Keywords

*Irritable bowel disorders; IBS; Osteopathy; Gastroenterology; Digestive tract*

## Introduction

Plus de cinq millions de Français sont considérés comme étant à des degrés divers atteints de troubles fonctionnels intestinaux (TFI).

Les TFI désignent l'ensemble des troubles organiques ou fonctionnels de l'intestin ; ils sont aussi appelés « colopathie fonctionnelle » et plus fréquemment « syndrome de l'intestin irritable (SII) ».

De nos jours, l'étiologie des TFI n'est pas clairement définie et de ce fait, elle est rarement considérée comme étant une pathologie à part entière.

Le but de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'une prise en charge ostéopathique en cas de TFI, ainsi que sa place dans une approche multimodale intégrative afin de répondre au mieux aux besoins des patients [1-15].

## Matériels et méthodes

### Critères d'éligibilité

Le recrutement a été fait dans une unité de soins prenant en charge les maladies de l'appareil digestif (Polyclinique de Poitiers) après vérification et respect des critères suivants :

- ▶ Patients (femmes/hommes) de 18 ans à 85 ans, francophones ;
- ▶ bilan médical normal préalable depuis moins d'un mois ;
- ▶ diagnostic de TFI par le gastroentérologue (GE) avec respect des critères de Rome III.

### Tableau 1. Critères de Rome III (sans les sous-groupes)

Douleur abdominale ou inconfort digestif (sensation abdominale désagréable non douloureuse) survenant au moins 3 jours par mois durant les 3 derniers mois associée avec au moins 2 des critères suivants :

- Amélioration par la défécation ;
- Survenue associée à une modification de la fréquence des selles ;
- Survenue associée à une modification de la consistance des selles.

## Méthodes

### Critères de jugements

Les principaux symptômes retrouvés dans les TFI ont été évalués de façon qualitative et quantitative. Lors d'une prise en charge ostéopathique conventionnelle, chez 20 patients consécutifs.

Cette étude a été réalisée avec un total de 3 séances pour chaque patient, espacées chacune d'environ 1 mois d'intervalle.

### Critère principal : la douleur mesurée avec une échelle numérique (EN)

L'échelle numérique, permet des mesures répétées et rapprochées pour étudier l'efficacité d'un traitement manuel, et aussi, une auto-évaluation reproductible, sensible, fiable, validée dans les situations de douleur aiguë ou chronique.



### Critère fonctionnel : les symptômes

L'ensemble des autres symptômes retrouvés dans les TFI ont aussi été mesurés par l'échelle numérique.

Pour simplifier la décision des patients, deux grandes catégories ont été définies par un ensemble de critères :

- ▶ Entre 0 et 5 (« symptôme mineur sans retentissement sur la vie quotidienne ») ;
- ▶ entre 5 et 10 (« symptôme modéré avec retentissement sur la vie quotidienne »).

### Recueil des données

Nous avons choisi de quantifier l'état des TFI à chaque début de séance par un score obtenu à partir d'un questionnaire reprenant la douleur et les autres symptômes associés.

Les variables qualitatives sont décrites et exprimées en pourcentage. Les variables quantitatives par un score moyen  $\pm$  écart type.

### Méthodes statistiques

La méthode statistique a été réalisée à partir de l'application BIOSTATGV développée à partir du logiciel R et les comparaisons de moyennes sur échantillons appariés ont été réalisées au moyen du test de Friedman.

### Approche ostéopathique

Dans ce travail, le but de l'approche ostéopathique ne consistait pas à isoler une structure ou un territoire bien défini. Il s'agissait de répondre au motif de consultation (principalement digestif) des patients sélectionnés en fonction de critères bien définis. Elle consistait avant tout à respecter la notion de globalité et d'unité du corps humain.

### Déroulé de l'étude

Avec une durée complète par séance de 40 à 60 minutes, le protocole s'est déroulé en quatre parties : questionnaire et méthodes d'évaluation ; observation et tests ; traitement ; explications et conseils.

## Résultats

### Données socio-démographiques

Un total de 20 patients consécutifs présentant des TFI réfractaires aux traitements médicaux ont été inclus prospectivement dans cette étude : 5 hommes et 15 femmes.

La moyenne d'âge des patients était de  $61,35 \pm 13,5$  ans avec une étendue de 36 à 85 ans (Fig. 1).

Parmi les patients de l'étude, seuls 5 avaient une activité professionnelle. Parmi les 15 autres : 14 patients étaient retraités et 1 patiente en invalidité.

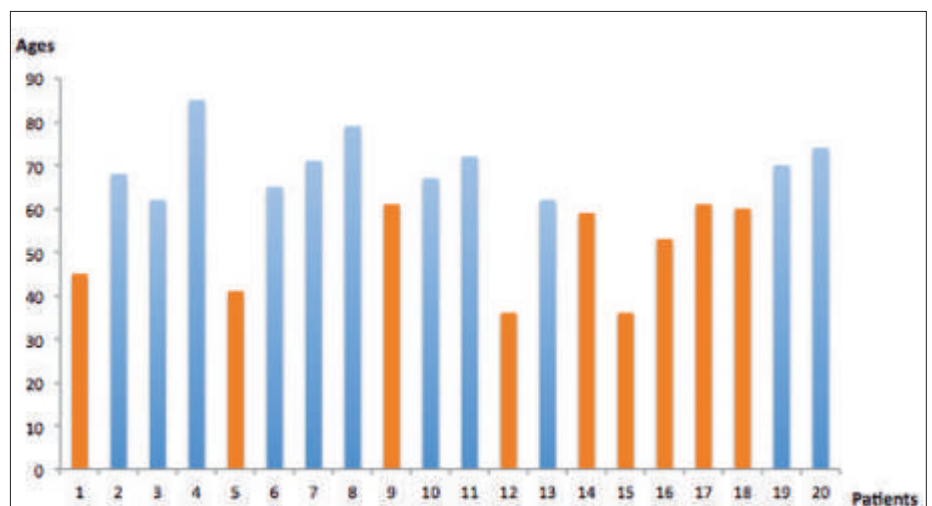


Figure 1  
Âge des patients inclus dans l'étude



## Écarts au protocole

En fin d'étude, 10 % (n = 2) des patients n'avaient pas suivi l'ensemble du protocole thérapeutique, et 90 % (n = 18) ont participé à l'ensemble du protocole (Fig. 2).

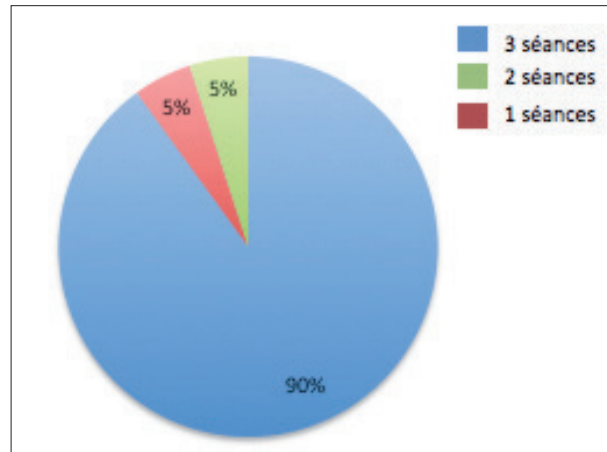


Figure 2

Pourcentage de participation des patients aux séances

## Prévalence des symptômes fonctionnels

Les symptômes retrouvés à la 1<sup>re</sup> consultation chez nos patients sont disparates (Tableau 2).

Tableau 2. Prévalence des différents symptômes retrouvés lors de la 1<sup>re</sup> consultation

Symptômes retrouvés dans cette étude	
–	100 % douleur abdominale,
–	100 % stress et/ou anxiété,
–	90 % ballonnement,
–	90 % distension abdominale,
–	75 % difficulté à la digestion,
–	65 % reflux gastro-oesophagien,
–	55 % constipation,
–	50 % diarrhée,
–	45 % fausse envie,
–	40 % nausée,
–	5 % vomissement.

## Évolution de la douleur

L'intensité de la douleur est globalement plus importante en crise. Elle évolue de  $6,9 \pm 1,7$  lors de la 1<sup>re</sup> séance à  $3,1 \pm 2,9$  lors de la 3<sup>e</sup> séance. La douleur dite actuelle est plus faible évoluant de  $2,3 \pm 2,2$  à  $0,9 \pm 1,1$  respectivement lors des consultations 1 et 3 (Fig. 3).

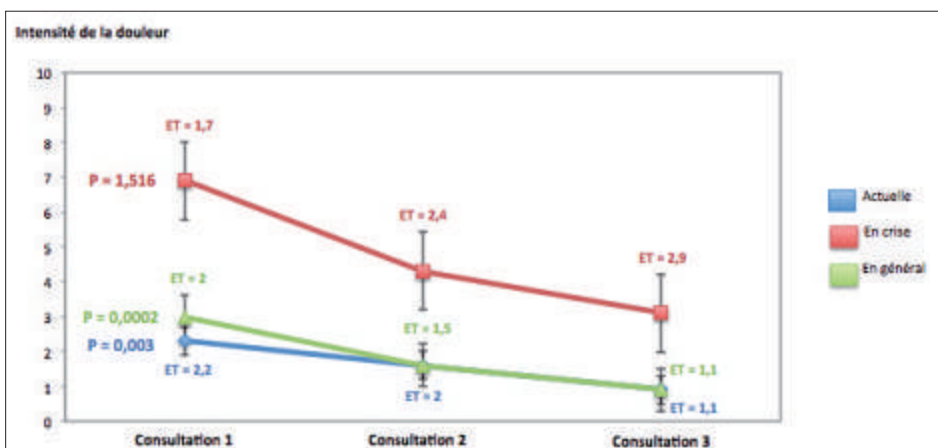


Figure 3  
Évolution de l'intensité de la douleur en moyenne par consultation



Les scores moyens obtenus au cours des 3 visites sont significativement différents « en général » ( $p = 0.0002$ ) et « actuelle » ( $p = 0.003$ ). Les scores moyens de la douleur en crise au cours des 3 consultations n'étant pas différents ( $p = 1.5$ ).

## Cartographie de la douleur

L'anamnèse sur la **localisation de la douleur abdominale** effectuée au début de chaque séance a permis d'établir une cartographie de la douleur pour chacun des patients traités.

Les schémas ci-dessous (Fig. 4) illustrent l'évolution sur les 3 séances de la topographie de la douleur abdominale chez l'ensemble des patients.

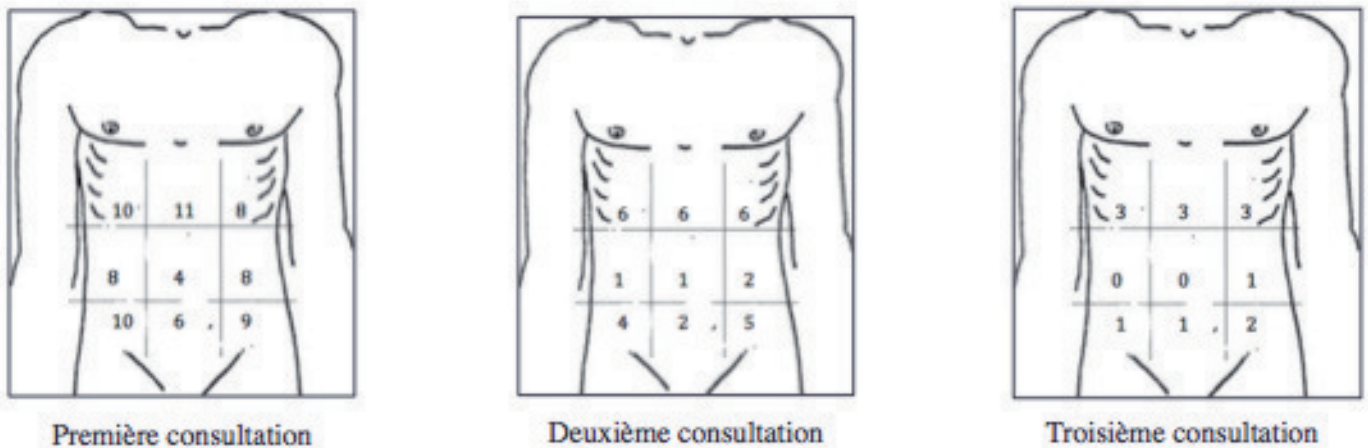


Figure 4

Topographie de la douleur abdominale pour l'ensemble des patients lors des trois consultations

La somme des zones retrouvées lors de la dernière séance montrait une amélioration de la douleur abdominale, avec pour 8 des quadrants (en dehors de l'hypochondre gauche), un score divisé par 3 entre la 1<sup>re</sup> et la 3<sup>e</sup> séance.

## Évolution de la symptomatologie

Au vu de ce diagramme en barre (Fig. 5), on observe **une importante disparité entre les différents symptômes**.

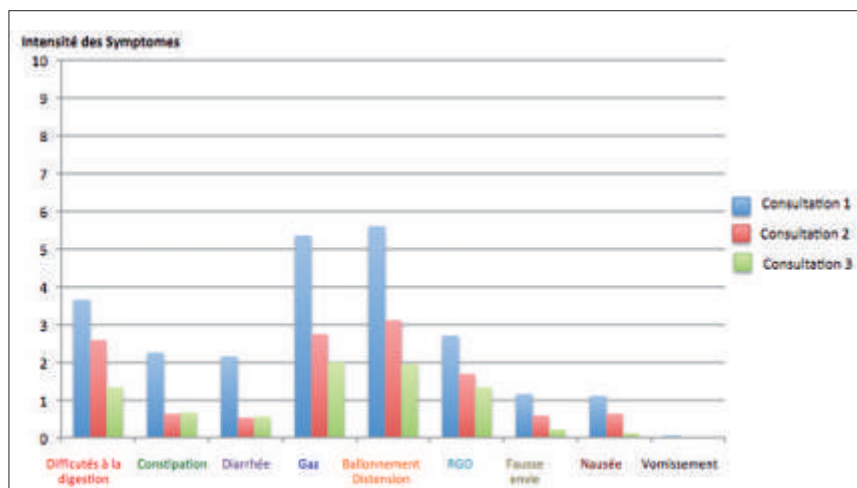


Figure 5

Évolution de l'intensité moyenne des symptômes digestifs lors des différentes consultations



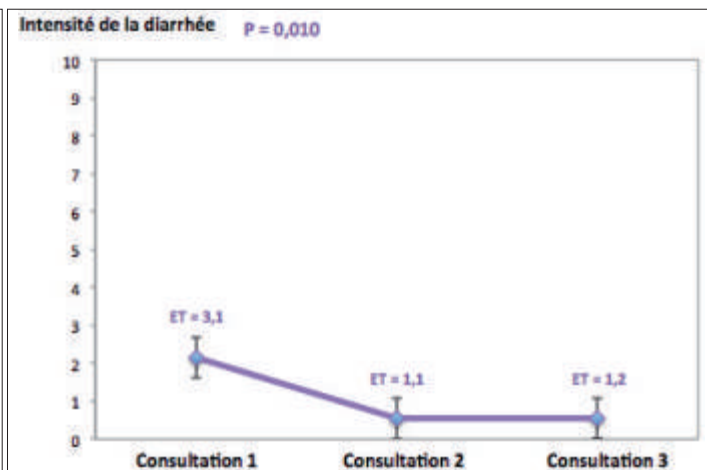
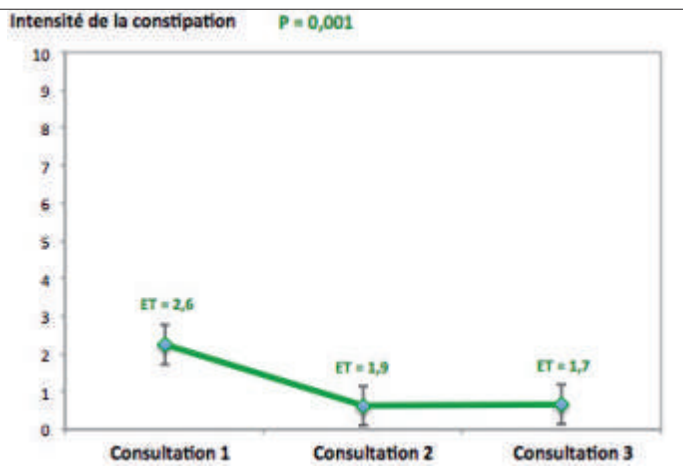
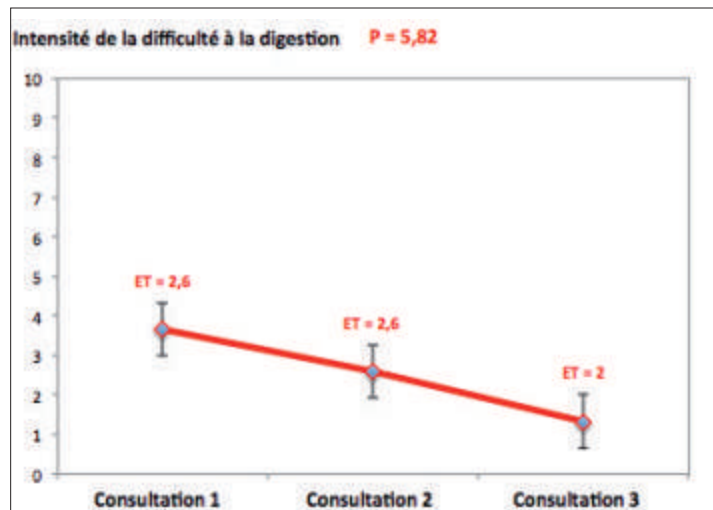
La figure 6a traduit l'évolution de l'intensité moyenne de la difficulté à la digestion ressentie par l'ensemble des patients.

Durant la 1<sup>re</sup> consultation, la moyenne était de  $3,65 \pm 2,6$  avec une étendue s'étalant de 8 à 0, traduisant la diversité des symptômes retrouvée dans cette étude.

Nous notons que, de manière progressive, la moyenne a diminué à  $2,58 \pm 2,6$  avec, cette fois-ci, une étendue située entre 7 et 0 pour, enfin, atteindre à la dernière consultation une moyenne de  $1,33 \pm 2$  avec une étendue identique à la 2<sup>e</sup> consultation ( $p = 5,82$ , NS).

On observe que les courbes décrivant les troubles du transit avec deux symptômes différents (diarrhée et constipation) sont quasiment identiques (Fig. 6b).

**Figure 6a**  
Intensité moyenne de la difficulté à la digestion  
lors des différentes consultations



**Figure 6b**  
Évolution de l'intensité moyenne des troubles du transit (diarrhée/constipation) lors des différentes consultations

À la suite de la 1<sup>re</sup> consultation, on observe une diminution importante de ces symptômes avec une moyenne de  $2,25 \pm 2,6$  pour la constipation lors de la 1<sup>re</sup> consultation passant à  $0,63 \pm 1,9$  pour la 2<sup>e</sup>, alors que pour la diarrhée, la moyenne était de  $2,15 \pm 3,1$  lors de la 1<sup>re</sup> consultation et de  $0,53 \pm 1,1$  pour la 2<sup>e</sup>.

C'est seulement par la suite que nous avons pu noter pour ces deux symptômes une « phase de plateau » (Fig. 6b).

**Avec un degré de signification de  $p = 0,001$  pour la constipation, et de  $p = 0,01$  pour la diarrhée, l'évolution favorable de l'intensité moyenne des troubles du transit lors des différentes consultations est significative.**



On observe une diminution progressive des gaz abdominaux lors des différentes séances ( $p = 0,0002$ ) (Fig. 7) avec dans un 1<sup>er</sup> temps, un passage d'une moyenne de  $5,35 \pm 2,9$  à  $2,74 \pm 2,1$ , pour ensuite passer d'une moyenne de  $2,74 \pm 2,1$  à  $2 \pm 1,9$  à la suite de la 2<sup>e</sup> séance.

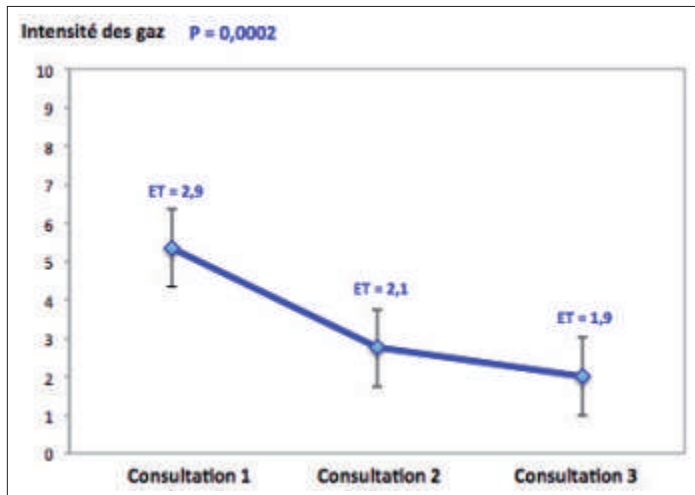


Figure 7  
Évolution de l'intensité moyenne des gaz lors des différentes consultations

Les critères de distension abdominale et ballonnements diminuent en moyenne de 2,49 entre la 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> séance. Passant d'une moyenne de  $5,6 \pm 2,6$  à  $3,11 \pm 1,8$ , ce symptôme continue de s'amoinrir à la suite de la 2<sup>e</sup> séance pour tomber à une moyenne  $1,94 \pm 2$  (Fig. 8).

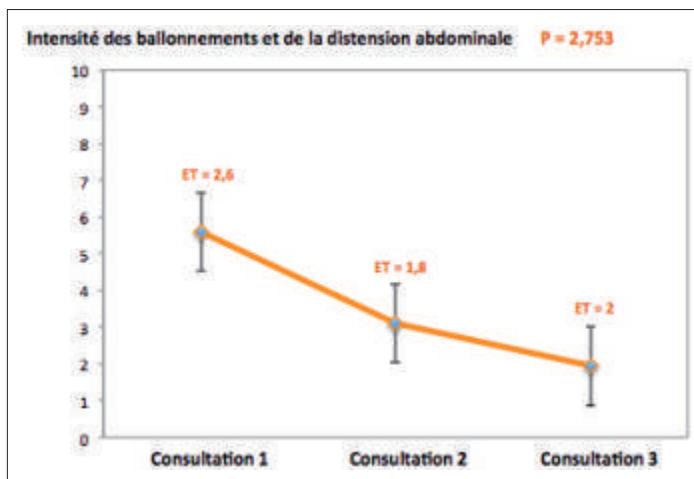


Figure 8  
Évolution de l'intensité moyenne de la distension abdominale et des ballonnements lors des différentes consultations

Passant d'une moyenne de  $2,7 \pm 2,7$  à  $1,7 \pm 2,1$  l'intensité des RGO a évolué en moyenne de 1 entre la 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> séance. Toujours en diminution, l'intensité de ce symptôme est passée à une moyenne de  $1,3 \pm 1,6$  lors de la 3<sup>e</sup> séance (Fig. 9) ( $p = 2,753$ , NS).

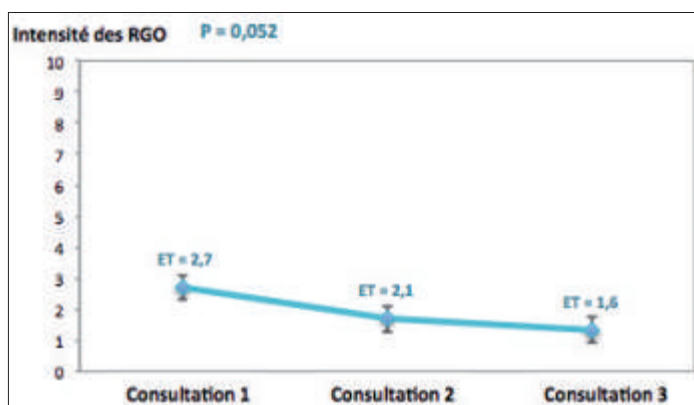


Figure 9  
Moyenne de l'évolution de l'intensité des RGO lors des différentes consultations

De la même manière que pour l'évolution de l'intensité de la distension abdominale et des ballonnements, nous ne pouvons pas affirmer que l'évolution de l'intensité des RGO est significativement favorable ( $p = 0,052$ ).

Etant donné les faibles intensités retrouvées pour les fausses envies ( $p = 0,003$ ), nausées ( $p = 0,006$ ) et vomissements ( $p = 0,367$ ) lors de la première séance ostéopathique (Fig. 5), les résultats d'une évolution positive ne sont pas retranscrits sous forme de courbes.

## Évolution du stress

Le stress a été évalué à chaque début de séance. Sur la figure 10, est retranscrite la moyenne obtenue sur l'ensemble des valeurs recueillies pour chaque consultation et pour chaque patient. On note une diminution de la moyenne de  $7,1 \pm 2,0$  retrouvée lors de la 1<sup>re</sup> consultation à une moyenne de  $5,4 \pm 2,7$  pour la 2<sup>e</sup>. De la même manière on observe une diminution lors de la 3<sup>e</sup> consultation avec une moyenne de  $3,4 \pm 2,6$  ( $p = 6,027$ , NS).

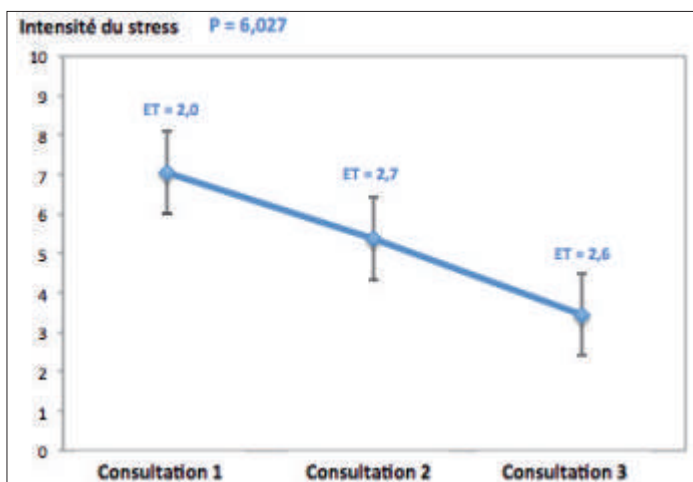


Figure 10  
Évolution du score moyen des stress lors des différentes consultations

## Classifications des systèmes ostéopathiques

À la suite des différentes consultations une classification de l'ensemble des corrections ostéopathiques est réalisée pour chaque patient. Cette classification divisée en trois systèmes (cranio-sacré, musculo-squelettique et viscéral) avait pour but de comparer la part qu'occupe chacun de ces systèmes au sein de la prise en charge thérapeutique ostéopathique en vue d'une éventuelle démarche statistique.

### 1<sup>re</sup> consultation

Le système viscéral occupait la majorité (59 %) des techniques de correction mises en place lors des premières consultations.

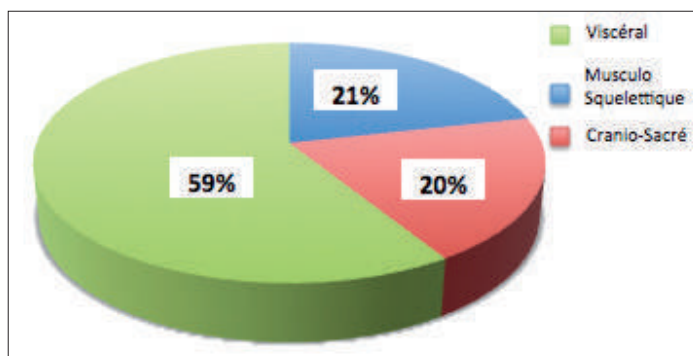


Figure 11  
Distribution du type de traitement utilisé pour la première consultation





### 2<sup>e</sup> consultation

Lors de la 2<sup>e</sup> consultation, on note que le système viscéral occupait toujours la place la plus importante au sein du traitement ostéopathe, avec une diminution de 18 %.

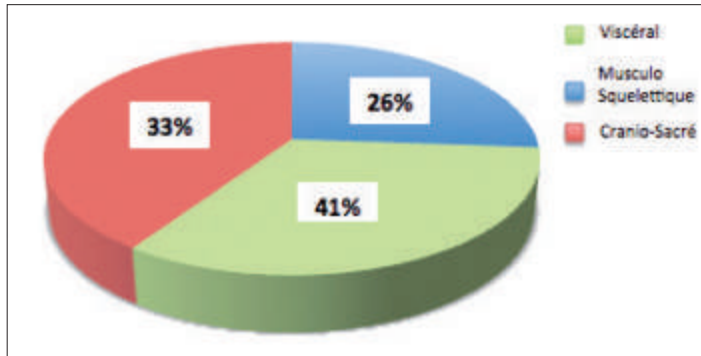


Figure 12  
Distribution du type de traitement utilisé pour la deuxième consultation

### 3<sup>e</sup> consultation

Il faut attendre la 3<sup>e</sup> consultation pour observer une hausse de la part des manipulations musculo-squelettiques, qui prenaient la première place (43 %).

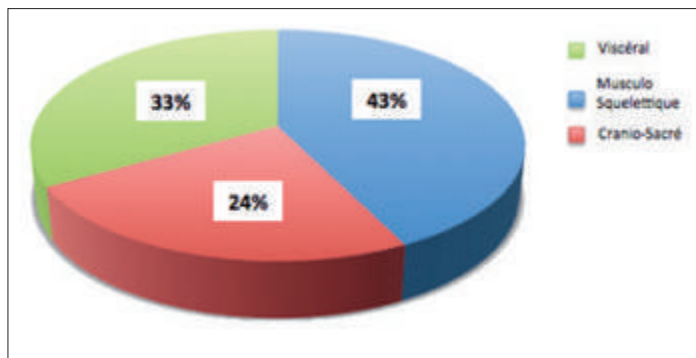


Figure 13  
Distribution du type de traitement utilisé pour la troisième consultation

## Discussion

Véritable handicap pour les patients, les TFI sont responsables d'une altération du bien-être physique, psychique et social. Tandis que de son côté le médecin fait face à une véritable épidémie, avec près de 30 à 50 % de sa patientèle atteinte de TFI.

Une enquête menée en 2013 auprès de 222 patients issus de l'association des patients souffrant d'un syndrome de l'intestin irritable (APSSII) met en évidence une déception et un regard négatif porté sur la prise en charge proposée par la médecine moderne. Seulement 16 % des 222 patients étaient satisfaits de la prise en charge médicale actuelle.

Ces premières données françaises sur les attentes des patients victimes de TFI soulèvent de nombreux points : un sentiment de n'être que faiblement écouté ; une impression de minimisation des symptômes ; l'absence d'explications satisfaisantes ; la modeste efficacité des traitements mis en œuvre.

Cela pousse pour près d'un tiers d'entre eux à s'orienter vers des traitements complémentaires : anti-spasmodiques (46 %), régimes spécifiques (46 %), probiotiques (38 %), homéopathie (34 %), relaxation (31 %), ostéopathie (28 %), laxatifs (25 %), anti-dépresseurs (25 %), acupuncture (25 %), hypnose (15 %) [14].

Chez nos patients, pour des raisons éthiques et conceptuelles, nous n'avons pas fait de groupe placebo. Dans la littérature, trois séries ont comparé la prise en charge ostéopathe en cas de TFI à un groupe placebo (techniques fictives), avec pour 100 % des cas une différence significative en faveur de l'effet



ostéopathique concernant la baisse des scores de sévérité des symptômes et d'amélioration de la qualité de vie. Cette différence sur les symptômes entre groupe contrôle et placebo disparaissait entre 3 semaines à 1 mois après traitement ostéopathique [16-19].

Selon l'institut national de la statistique des études économiques (INSEE), on estime à environ 51,45 % le nombre de femmes dans la population française en 2015 [20]. Néanmoins, chez nos patients, nous avons constaté une nette supériorité féminine (75 %), ne correspondant pas à la population retrouvée en France. Ce constat en accord avec les données de la littérature confirme que le sexe ratio retrouvé dans les TFI est d'environ 3 femmes pour 1 homme et selon une enquête nationale réalisée auprès de 644 GE en 2008, les patients atteints de TFI étaient également en majorité des femmes (72 %), phénomène retrouvé dans l'enquête de Benamouzig *et al.* [21].

La moyenne d'âge retrouvée dans cette enquête nationale menée auprès des GE était de 52 ans tandis que dans **notre étude la moyenne d'âge des patients était plus élevée (61,35 ± 13,5 ans)** (Fig. 1).

Nous pouvons mettre en relation à cette observation le phénomène d'une population vieillissante sous l'effet de deux phénomènes : l'allongement de la durée de vie secondaire à l'évolution de la science et le vieillissement des générations issues du « baby-boom ».

Notre étude comprenait 20 patients insatisfaits des traitements conventionnels, et, porteurs de TFI définis par les critères de Rome III chez qui l'ostéopathie a été proposée en traitement, comme dans la série de Bozetto *et al.* (38 patients) ou de Agrefilo *et al.* [22, 23].

Chez nos patients, nous avons relevé que seulement quatre sur vingt travaillaient à temps plein, et que les trois quarts étaient retraités.

Ce phénomène concordant avec la moyenne d'âge retrouvée durant cette étude, relève un point important car le stress était noté chez 100 % de nos patients. Une des explications pourrait être que la retraite est susceptible d'accentuer le niveau de stress par changement de rythme de vie, perte du statut social et relations professionnelles ou angoisses de morcellement en relation à un déclin des capacités physiques et intellectuelles.

Un total de **57 séances a été réalisé**, avec **100 % de patients présents à la 1<sup>re</sup> séance, 95 % à la 2<sup>e</sup> et 90 % à la 3<sup>e</sup>** (Fig. 2). Cela laisse supposer l'intérêt et l'efficacité du traitement poussant les patients à revenir à trois reprises. Le caractère gratuit de l'acte ostéopathique dans notre travail comme dans les séries rapportées par les centres le plus souvent publics, pourrait être un facteur favorisant le taux important de patients toujours présents à la 3<sup>e</sup> séance.

Comme dans l'étude de Landini en 2010 [24], **le délai moyen proposé entre chaque séance ostéopathique à nos patients était de 30 jours**, contrairement aux délais plus rapprochés retrouvés dans les autres séries : intervalle de 15 jours entre chaque séance pour les études faites par Attali *et al.*, Agrefilo *et al.*, Bozetto *et al.* et Garel [16, 19, 23]; intervalle de 7 jours dans l'étude de Florance *et al.* [17, 18].

Aussi, sans différence significative sur l'évolution des symptômes associés à court terme, l'intervalle de temps entre chaque consultation ostéopathique pourrait être augmenté.

La durée moyenne de nos actes ostéopathiques était comprise entre 40 à 60 minutes, comme dans la série de Garel [16] et celle d'Agrefilo *et al.* [23], les autres séries ne précisant pas le temps de travail [19, 22]. Peut-être existe-t-il un temps seuil en dessous duquel l'ostéopathe est moins efficace pour diverses raisons (relaxation, écoute et transfert d'information, efficacité intrinsèque...), cela reste à évaluer.

La douleur était un syndrome présent pour tous nos patients, et, ces symptômes douloureux observés chez nos patients correspondent bien à ceux décrits par l'ensemble des autres études où la douleur est traduite TFI traités par ostéopathie. L'analyse des données recueillies auprès de nos patients à la suite de chaque consultation ostéopathique, a aussi permis de constater une nette diminution du syndrome douloureux à tous les temps de l'étude [16, 24]. Il faut noter qu'un score élevé sur l'échelle numérique peut traduire un niveau important de douleur ou une attitude visant à faire reconnaître sa douleur, voire une anxiété face à une évolution incertaine de la douleur. Ce critère d'évaluation s'intéresse au ressenti de la personne elle-même et de ce fait, il ne peut être remplacé actuellement par aucun matériel médical en pratique courante.

Nous avons aussi observé que l'évolution était plus importante pour l'intensité de la douleur en période de crise (passant d'une moyenne de  $6,9 \pm 1,7$  à  $3,1 \pm 2,9$ ) et que la diminution du seuil de la douleur était plus notable à la suite de la 1<sup>re</sup> séance, même si son intensité continuait à s'amoinrir à la suite de la 2<sup>e</sup> séance (Fig. 3).



On notait aussi une évolution déterminante concernant la topographie de ce symptôme douloureux. Les scores retrouvés lors de la dernière consultation, nous montrent une amélioration de la douleur abdominale car on observe une importante différence entre les scores retrouvés lors de la 1<sup>re</sup> et la 3<sup>e</sup> consultation.

Ces résultats sont concordants avec ceux rapportés par Attali *et al.* [19] notamment concernant le quadrant de l'hypochondre gauche où la valeur diminue moins nettement que pour les autres quadrants.

Avec l'échelle numérique, on note que l'évolution favorable de la douleur est continue, diminuant au fil de chaque consultation. Il aurait été intéressant de continuer l'étude afin de déterminer un « plafond d'atténuation » des douleurs ainsi que le nombre de séances correspondant à ce palier.

Parmi les symptômes retrouvés dans l'enquête nationale faite par Benamouzig *et al.* [21] auprès des 644 GE, les symptômes les plus fréquemment rencontrés étaient : douleur (91 %), ballonnements (62 %), constipation (37 %), épigastalgies (22 %) contre respectivement chez nos patients : douleur (100 %), stress (100 %), ballonnements (90 %), difficultés à la digestion (75 %), reflux gastro-œsophagiens (65 %), constipation (55 %), diarrhée (50 %), fausses envies (45 %), nausées (40 %), vomissements (5 %).

Chez nos patients, tous les symptômes étaient plus fréquemment rencontrés que ceux de l'enquête nationale, phénomène qui pourrait être en corrélation avec la moyenne d'âge plus élevée dans notre étude [21].

L'évolution des symptômes sous traitement ostéopathique a été décrite par le groupe parisien [19] chez 31 patients consécutifs avec une étude de la sensibilité rectale par ballonnet et du temps de transit colique selon une méthode de calcul par « pelets » retranscrite par imagerie médicale. Dans ce travail comprenant 16 patients avec 3 séances ostéopathiques fictives plus 3 séances vraies contre 15 patients avec 6 séances vraies, il a été noté une amélioration significative des troubles du transit, de la distension aérique abdominale et de la douleur avec une persistance à un an étudiée par l'envoi d'un questionnaire.

Dans notre étude, les symptômes les plus intenses (après la douleur et le stress) sont les ballonnements et la distension abdominale avec une moyenne de  $5,6 \pm 2,6$  pour la 1<sup>re</sup> consultation et les gaz comportant une moyenne sensiblement identique de  $5,35 \pm 2,9$ . Ensuite de manière décroissante, on retrouve la difficulté à la digestion avec une moyenne de  $3,65 \pm 2,6$  pour la 1<sup>re</sup> consultation. Enfin, trois symptômes ressortent avec une moyenne située dans un intervalle entre 2 et 3. Ce sont les troubles du transit comprenant diarrhée ou constipation, et les reflux gastro-œsophagiens associés (Fig. 4).

On note que l'ensemble des symptômes diminue de façon progressive à la suite de chaque consultation et ces résultats sont cohérents avec les résultats rapportés dans les différentes études [16, 17, 19, 22, 23].

Les résultats obtenus concernant les ballonnements et la distension abdominale retrouvés dans notre étude passant d'une moyenne de  $5,6 \pm 2,6$  à  $1,94 \pm 2$  montrent une amélioration (Fig. 8). De la même manière, l'étude menée par Landini [24] montre des résultats satisfaisants avec à la 1<sup>re</sup> consultation près de 85 % de son échantillon qui présentaient des ballonnements et une distension abdominale, lesquels diminuaient de moitié (45 %) après la 2<sup>e</sup> consultation ostéopathique.

Les résultats observés dans notre étude permettent d'affirmer l'évolution positive des troubles du transit chez nos patients (avec des valeurs  $p < 0,05$ ), dont l'évolution est quasiment similaire concernant la diarrhée avec une moyenne  $2,15 \pm 3,1$  pour la 1<sup>re</sup> consultation passant à  $0,56 \pm 1,2$  pour la dernière), et la constipation (avec une moyenne  $2,25 \pm 2,6$  pour la 1<sup>re</sup> consultation passant à  $0,67 \pm 1,7$  pour la dernière) (Fig. 6). Ce phénomène est retrouvé dans les études menées par Garel [16], ainsi que celle menée par Landini [24] ; cependant, dans l'étude menée par Attali *et al.* [19], il est rapporté une amélioration significative de la diarrhée, mais un peu moins importante de la constipation et cela, sans modification du temps de transit colique calculé par la méthode des « pelets ». Ces données concernant la constipation seraient à vérifier sur un plus grand nombre de patients.

Aucune étude ne s'est intéressée aux difficultés de digestion retrouvées chez les patients atteints de TFI et donc, nous ne pouvons mettre en rapport nos résultats avec des données scientifiques. Etant donnée l'évolution positive de ce symptôme passant d'une moyenne de  $3,65 \pm 2,6$  à  $1,33 \pm 2$  à la suite des différentes consultations, l'ostéopathie pourrait agir favorablement sur les difficultés à la digestion (Fig. 6).

L'étude dirigée par Bozetto *et al.* [22] sur 38 patients conclut que malgré l'amélioration de la sévérité des TFI, aucune évolution satisfaisante ne se dessine pour les symptômes de reflux-gastro-œsophagien.



Tandis que dans notre étude, nous avons noté une amélioration de la sévérité de ce symptôme présent à la 1<sup>re</sup> consultation chez 65 % de nos patients, passant de la première à la dernière consultation à une moyenne de  $2,7 \pm 2,7$  à  $1,3 \pm 1,6$  (Fig. 8).

Dans le travail de Bozetto *et al.* [22], l'intention était d'évaluer l'efficacité de l'ostéopathie au sein des TFI et d'identifier des différences éventuelles entre les sous groupes de patients définis par les critères de Rome III. Il en est ressorti que l'effet de l'ostéopathie était plus marqué dans le sous-groupe comprenant une alternance diarrhée-constipation. Cependant dans l'étude de Florence *et al.* [17, 18], les résultats sont contradictoires.

L'étude encadrée par le groupe parisien [19] a montré par comparaison à un groupe placebo, que l'ostéopathie réduisait significativement la sensibilité rectale (augmentation du volume seuil de perception, du volume de sensation de besoin et volume maximum tolérable) ce qui peut être mis en relation avec l'amélioration des sensations de « **fausses envies** » retrouvées chez nos patients, passant d'une moyenne de  $1,15 \pm 1,59$  à  $0,22 \pm 0,65$  à la suite de nos différentes consultations.

Au vu de ces résultats, il est intéressant d'observer que l'ostéopathie à une action favorable sur les symptômes tels que les fausses envies ou encore les besoins impérieux, qui peuvent être véritablement invalidants pour la liberté de certains patients, notamment pour ceux atteints de « TFI diarrhéique ».

Malgré une évolution positive remarquée sur les nausées et les vomissements lors de notre étude, aucune donnée scientifique ne nous permet de comparer ces résultats.

Présent chez l'ensemble de nos patients avec pour la 1<sup>re</sup> consultation avec une moyenne de  $7,1 \pm 2,0$  (avec une étendue allant de 3 à 10), le stress est le symptôme le plus important dans notre série. Ce phénomène peut être mis en relation avec le travail, la retraite, ou certains symptômes. En plus, les patients atteints de TFI sont bien souvent victimes d'une certaine forme d'isolement probablement corrélé au manque de reconnaissance de cette pathologie que ce soit au sein de leur entourage familial, amical ou du corps médical. Les patients semblent avoir un faible niveau de connaissance de leur maladie, mais selon Bonaz *et al.* [14] une attente pour 94 % d'entre eux quant à l'amélioration des informations concernant les causes et les traitements de cette maladie et pour 86 % une attente sur l'amélioration d'une meilleure reconnaissance de la maladie.

Lors de nos consultations, nous avons constaté une diminution du stress (passant d'une moyenne de  $7,1 \pm 2,0$  à  $3,4 \pm 2,6$  entre la 1<sup>re</sup> et 3<sup>e</sup> consultation) (Fig. 10).

À la suite de deux séances d'ostéopathie, cette évolution du stress a été observée dans l'étude de Florance *et al.* [17,18], cependant sans différence significative entre le groupe témoin et le groupe traité par ostéopathie. Les autres études comparant l'ostéopathie viscérale en cas de TFI à un groupe placebo ou pas, montrent des résultats divergents quant à l'effet direct sur le stress et la dépression [22, 23].

Avec une évolution qui semble positive pour l'ensemble des symptômes évalués, nous comprenons que la qualité de vie des malades est elle aussi améliorée.

Ces phénomènes sont retrouvés pour l'ensemble des études recueillies permettant d'évaluer l'efficacité de l'ostéopathie au sein des TFI avec une différence significative entre le groupe placebo et le groupe traité par ostéopathie.

À la différence de certaines études s'intéressant à l'efficacité de l'ostéopathie par l'intermédiaire de techniques spécifiques : détente des coupes diaphragmatiques et manœuvres globales viscérales pour l'étude de Landini [24], et, manipulations vertébrales et viscérales pour l'étude de Agrefilo *et al.* [23], nous avons essayé de conserver la notion de globalité, ceci permet ainsi de ne pas se limiter à l'efficacité de certaines techniques mais plutôt à l'efficacité de l'ensemble de la prise en charge ostéopathique.

Afin d'avoir des résultats comparables, les séances d'ostéopathie dans notre étude ont été réalisées par le même opérateur, comme pour les autres études rapportées. Toutefois, il serait intéressant de connaître sur un plus grand nombre de patients la reproductibilité des résultats d'un praticien à l'autre pour un patient et motif de consultation identique.

Durant les deux premières consultations, les résultats retrouvés aux tests ostéopathiques ont ouvert directement la voie vers un traitement à prédominance « viscérale », traitement que l'on a complété lors de chaque consultation par des manœuvres crânio-sacrées et musculo-squelettiques.

Lors de la dernière consultation ostéopathique, nous avons noté que le traitement musculo-squelettique prenait la part la plus importante dans le traitement ostéopathique ; constat vraisemblablement en relation avec l'âge supérieur à la moyenne de notre échantillon et l'éventuelle usure de la « charpente musculo-squelettique ».



Au sein de l'étude menée en 2010 par Garel [16], l'ostéopathie a aussi été proposée comme traitement complémentaire à six jeunes patients adressés par les pédiatres (11,6 ans en moyenne), avec un effet antalgique retrouvé dans 75 % des cas. Tandis que l'étude de Agrefilo *et al.* [23] s'est intéressée à un groupe de 35 patients porteurs d'une maladie de Crohn en rémission clinique depuis au moins un an, présentant des TFI associés et entre deux cures bimensuelles d'infliximab (âge moyen 40 plus ou moins 13,7 ans).

Les douleurs abdominales sont dans la majorité des cas un des symptômes prédominant. Prenons pour exemple une thèse de 2008 menée en Afrique par Koussoube [25], avec un total de 104 patients porteurs de TFI dont 97,1 % d'entre eux avaient des douleurs abdominales.

Les études menées par Garel et Landini où le critère principal était la douleur abdominale, nous ont permis d'observer une amélioration significative de ce symptôme chez les patients atteints de TFI.

## Conclusion

Le but de notre travail était d'évaluer les résultats d'une prise en charge ostéopathique sur les symptômes de patients atteints de TFI, ainsi que la place de l'ostéopathie comme traitement complémentaire intégré dans une structure pluridisciplinaire prenant en charge les maladies de l'appareil digestif.

Cette étude préliminaire, volontairement proche d'une pratique quotidienne, a été menée dans un cadre méthodologique spécifique.

Selon un effectif de patients consécutifs superposable aux séries rapportées, certains de nos résultats sont en accord avec les données récentes et peu nombreuses de la littérature.

Afin de répondre à notre problématique de départ, promettre au patient une guérison complète et définitive en cas de TFI grâce à une intervention ostéopathique, ne semble pas réaliste. En revanche, fixer des objectifs thérapeutiques raisonnables comme par exemple la diminution du seuil de la douleur, ainsi que l'amélioration des certains symptômes associés à cette pathologie, sont des résultats que nous sommes en mesure d'apporter.

Dans un monde où le corps humain a tendance à être compartimenté en différentes spécialités (gastro-entérologie, cardiologie, neurologie...), où l'écoute des patients a disparu, l'ostéopathie par sa vision globale de l'être humain, possède toutes les caractéristiques d'un traitement complémentaire à proposer aux sujets victimes de TFI au sein d'un service hospitalier spécialisé dans les maladies de l'appareil digestif.

## Références

1. Sabaté JM. Syndrome de l'intestin irritable : les attentes des patients. *Hepato-Gastro & Oncologie digestive* 2013;20(4):3-5.
2. Bruley des Varannes S. Evolution des symptômes au cours de l'intestin irritable : que dire aux malades ? *Hepato-Gastro & Oncologie digestive* 2013;20(4):6-10.
3. Coffin B. Quel est l'impact du Syndrome l'Intestin Irritable sur la qualité de vie des patients ? *Hepato-Gastro & Oncologie digestive* 2013;20(4):11-15.
4. Godeberge P. Comment prendre en compte les attentes des patients au cours du syndrome de l'Intestin Irritable ? *Hepato-Gastro & Oncologie digestive* 2013;20(4):16-18.
5. Zerbib F. Le syndrome de l'intestin irritable : histoires de décalages... *Hepato-Gastro & Oncologie digestive* 2014;21(2):4-6.
6. Dapoigny M, Scanzi J. Aspects pharmaco-économiques du syndrome de l'intestin irritable. *Hepato-gastro & Oncologie digestive* 2014;21(2):7-12.
7. Bruley des Varannes S. Syndrome de l'intestin irritable – Aspects évolutifs : histoire naturelle, formes cliniques, qualité de vie. *Hepato-Gastro & Oncologie digestive* 2014;21(2):13-19.
8. Coffin B. Syndrome de l'intestin irritable : options thérapeutiques non médicamenteuses. *Hepato-Gastro & Oncologie digestive* 2014;21(2):34-37.
9. Bates B, Bickley L, Szilagyi P. Guide de l'examen clinique, 7ème édition française, Arnette, 2014, pages 443-481.
10. Seignalet J. L'alimentation ou la troisième médecine, Broché 2004, pp 61-71.
11. Camirand N. Dysfonctions glandulaires et nerveuses : Diagnostics et traitements ostéopathiques, Maloine, 2009, pp 3-10.
12. Hebgen E. Ostéopathie Viscérale – Principes et Techniques, Première édition, Maloine, 2005.
13. Cours Collège Ostéopathie Sutherland. Formation continue : Beustes L, Cours Adaptation de l'organisme face au stress, 2014-2015.



14. Bonaz B, Bruley des Varannes S, Dapoigny M, Denez D, Ducrotté P, Façon S et al. Attentes des patients au cours du syndrome de l'intestin irritable (SII) : enquête prospective de l'association des patients souffrant du SII (APSII), 2014, Communication Orale C064, JFHOD Paris (snfge.org).
15. Manescau A. L'effet placebo en ostéopathie, élément nuisible ou essentiel ? L'efficacité de l'ostéopathie doit-elle être déterminée en fonction de la rigueur scientifique ou de la réalité clinique ? L'ostéopathie... Précisément 2011-2012;44.
16. Garel G. Prise en charge du colon irritable, Mémoire de fin d'études, 2010.
17. Florance BM, Hébuterne W, Laurens JP, Marjoux S, Payrouse JL, Piche T. Ostéopathie au cours du syndrome de l'intestin irritable : étude randomisée contrôlée versus technique fictive, 2011, Communication Orale C017, JFHOD Paris (snfge.org).
18. Florance BM, Frin G, Dainese R et al. Osteopathy improves the severity of irritable bowel syndrome: a pilot randomized sham-controlled study. Eur J Gastroenterol Hepatol 2012;24:944-9
19. Attali TV, Bouchoucha M, Benamouzig R. Treatment of refractory irritable bowel syndrome with visceral osteopathy: Short-term and long-term results of a randomized trial, Journal of Digestive Diseases 2013;14:654-661. <http://www.insee.fr/fr/>
21. Benamouzig R, Bruley des Varannes S, Bueno L, Cargil G, Dupas JL, Hagège H et al. Résultats d'une enquête nationale sur le recours à des traitements alternatifs au cours du syndrome de l'intestin irritable. Gastroenterol Clin Biol 2009;33:A35.
22. Bozetto M, Dainese R, Marjoux-Amouyal S, Montayaa ML, Perez G, Piche T et al. Effet de l'ostéopathie au cours du syndrome de l'intestin irritable, 2015, Poster P 296, JFHOD Paris (snfge.org).
23. Agrefilo D, Filippi J, Hébuterne X, Piche T, Pishvaie D, Plichon-Dainesse R. et al. Bénéfice de l'ostéopathie pour traiter les troubles fonctionnels digestifs persistants au cours de la maladie de Crohn en rémission, 2014, Poster P 411, JFHOD Paris (snfge.org).
24. Landini G. Étude des effets d'une technique viscérale globale ostéopathique sur les troubles fonctionnels intestinaux, Revue Ostéo 2008;78.
25. Koussoube SA. Aspects épidémiologiques et sémiologiques des troubles fonctionnels intestinaux dans les centres de santé de référence à Bamako, Thèse de fin d'études, 2008.

**Lien d'intérêt : aucun**