



**Intérêt des techniques ostéopathiques de
libération fasciale sur l'endométriose :
Impact sur la douleur et la qualité de vie des
patientes**

**Mémoire de fin d'études
2010 – 2016**

Diplôme en ostéopathie

Tutrice de mémoire

Sophie ROLLAND D.O

Auteure du mémoire

Estelle BOISSIER

« Si vous comprenez l'involontaire, c'est qu'on vous l'a mal expliqué »

Jacques Andréa DUVAL, Janvier 2004

Remerciements

Je remercie Sophie Rolland, ma tutrice de mémoire pour sa disponibilité, ses conseils et encouragements précieux.

Je remercie Florent Brière mon tuteur de stage depuis 2 ans, pour son aide, son exigence et sa bienveillance.

Je remercie aussi les équipes enseignante et administrative d'Eurostéo, qui par leur présence, leur professionnalisme et leur soutien m'ont toujours encouragée et motivée dans les moments difficiles.

Merci à Pascale, Caroline et Hélène, les trois patientes qui ont accepté de participer à mon étude.

Merci à tous mes copains de promotion avec lesquels j'ai pris beaucoup de plaisir à partager cette longue aventure.

Je remercie mes parents qui ont toujours cru en moi et qui de par leur éducation et leur dévouement m'ont permis d'atteindre mon objectif.

Je remercie ma famille et mes amis pour leur soutien et leurs encouragements.

Je remercie Jean-Louis pour sa présence, sa confiance et son admiration pas toujours objective !

Résumé

Introduction : l'endométriose est une pathologie gynécologique fréquente affectant 10 à 15% de la population féminine, elle est une cause de douleurs et d'infertilité. Le traitement médical est souvent inefficace, imposant des chirurgies lourdes et mutilantes. Des alternatives thérapeutiques ont été proposées mais à notre connaissance, très peu d'études ont évalué l'intérêt d'un traitement ostéopathique [1].

Objectif : étudier l'impact d'une prise en charge ostéopathique par des techniques de libération fasciale sur les douleurs chroniques et la qualité de vie des patientes atteintes d'endométriose

Forme de l'étude : cas cliniques

Sujets et méthode : 3 patientes atteintes d'endométriose ont été traitées sur 3 cycles menstruels consécutifs par des techniques ostéopathiques de libération fasciale. Au fil des séances, nous avons mesuré l'évolution des douleurs à l'aide d'une échelle visuelle analogique et de la qualité de vie à partir du questionnaire SF 36 (fiable, validé et reproductible).

Résultats : l'étude montre une amélioration globale des signes cliniques liés à l'endométriose, comme les dysménorrhées, les dyspareunies, les dyschésies et les métrorragies. De plus, une amélioration de la qualité de vie est notée chez 2 des 3 patientes, et aucune variation notable chez l'autre patiente.

Discussion et conclusion : Les résultats encourageants de l'étude, notamment sur les douleurs comme les dysménorrhées, dyspareunies et dyschésies, pourraient nous amener à nous demander si le fait que le thérapeute connaisse en amont la localisation des kystes endométriosiques n'interfererait pas dans son choix des zones à traiter.

L'étude n'ayant été menée que sur 3 patientes, et le traitement ostéopathique étant ciblé sur deux régions spécifiques, petit bassin et lombo-abdominale, il serait intéressant d'envisager une nouvelle étude par une approche plus globale agissant à distance sur les douleurs de l'endométriose, avec un plus grand nombre de patientes, et ainsi comparer les résultats avec ceux de notre étude.

Mots clés : Endométriose – Ostéopathie – Fascia - Douleur chronique – qualité de vie

Abstract

Introduction : endometriosis is a frequent gynecological pathology touching 10 to 15% of women, it is a cause of pain and infertility. The medical treatment is often not effective, making important and mutilating surgeries necessary. Alternative therapeutics have been proposed but to the best of our knowledge, only a few studies have assessed the interest of an osteopathic treatment.

Objective: study the impact of an osteopathic care by facial release techniques on chronic pains and life quality of patients suffering from endometriosis.

Form of the study: clinical cases.

Subjects and method: three patients suffering from endometriosis were treated on three consecutive menstrual cycles by osteopathic facial release techniques. In the course of the seances, we measured the evolution of pains with an analog visual scale and life quality with the SF 36 questionnaire (reliable, approved and reproducible).

Results: the study shows an overall amelioration of clinic signs linked with endometriosis, such as dysmenorrhoeas, dyspareunias, dyschesias and metrorrhagias. Moreover, an amelioration of the life quality is remarked with 2 on 3 patients, and no notable variation on the other patient.

Discussion and conclusion: the amelioration of pains and life quality is more marked with the patient on who the diagnosis was made with certainty by coelioscopy (only predictive exam for endometriosis). Also, it would seem relevant to offer an osteopathic treatment only to the patients whose coelioscopic diagnosis was made.

The study was lead onto three patients and it was focused on one particular treatment of the small pelvis and lombo-abdominal region. It could be conceivable to lead another study with a more global approach by acting at a distance way from endometriosis pains, with a larger number of patients, and compare the results with the ones of the study.

Key words: Endometriosis – Osteopathy – Fascia - Chronic pain – Quality of life

Sommaire

1	<u>INTRODUCTION</u>	8
1.1	ENDOMETRIOSE	8
1.1.1	DEFINITION [6-8]	8
1.1.2	PHYSIOPATHOGENIE	10
1.1.3	LOCALISATIONS	12
1.1.4	DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES [8]	15
1.1.5	SYMPTOMES ET SIGNES CLINIQUES	17
1.1.6	PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE	19
1.2	L'OSTEOPATHIE	20
1.2.1	DEFINITIONS ET PRINCIPES	20
1.2.2	OSTEOPATHIE ET ENDOMETRIOSE	22
1.3	LES FASCIAS	23
1.3.1	DEFINITION	23
1.3.2	EMBRYOLOGIE ET HISTOLOGIE	24
1.3.3	PROPRIETES ET FONCTIONS	25
1.3.4	ANATOMIE GENERALE ET ROLE DES FASCIAS [19]	26
1.4	TECHNIQUES OSTEOPATHIQUES DE LIBERATION FASCIALE	27
1.4.1	LE PRINCIPE TECHNIQUE	27
1.4.2	METHODOLOGIE DE LA PALPATION FASCIALE [19]	28
1.4.3	TECHNIQUES OSTEOPATHIQUES D'EQUILIBRE D'ECHANGES RECIPROQUES	29
2	<u>MATERIEL ET METHODE</u>	31
2.1	MATERIEL UTILISE	31
2.1.1	EVA	31
2.1.2	QUESTIONNAIRE SF 36	32
2.1.3	FICHE PATIENTE	33
2.2	METHODE UTILISEE ET PRESENTATION DE L'ETUDE	33
2.2.1	TYPE ET DUREE DE L'ETUDE	33
2.2.2	POPULATION A L'ETUDE	34
2.2.3	VARIABLES ETUDIEES	34
2.2.4	DESCRIPTIF DES SEANCES OSTEOPATHIQUES	36
2.2.5	PROTOCOLE DE TESTS [19]	37

2.2.6	PROTOCOLE DE CORRECTIONS.....	41
3	<u>RESULTATS.....</u>	43
3.1	DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DES PATIENTES	43
3.2	SYMPTOMES ET SIGNES CLINIQUES DES PATIENTES A L'ETUDE	47
3.3	ZONES EN RESTRICTION DE MOBILITE AU NIVEAU DES UNITES FONCTIONNELLES LOMBO ABDOMINALE ET BASSIN (UFLA ET UFB).....	48
3.4	DOULEUR DES PATIENTES	49
3.5	QUALITE DE VIE DES PATIENTES.....	52
4	<u>ANALYSE DES RESULTATS</u>	54
4.1	DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DES PATIENTES	54
4.1.1	CARACTERISTIQUES SOCIOECONOMIQUES ET ANTECEDENTS (FIGURES 3-1, 3-2, 3-3).....	54
4.1.2	HISTOIRE DE LA MALADIE (FIGURE 3-4)	55
4.2	EVOLUTION DES SIGNES CLINIQUES ET DE LA DOULEUR.....	56
4.3	EVOLUTION DE LA QUALITE DE VIE.....	58
5	<u>DISCUSSION.....</u>	59
	<u>CONCLUSION</u>	61
	<u>BIBLIOGRAPHIE.....</u>	62
	<u>LIENS INTERNET.....</u>	65
	<u>TABLE DES ILLUSTRATIONS.....</u>	66
	<u>ANNEXES.....</u>	68

Préambule

Le thème de ce mémoire a été motivé par mon expérience professionnelle d'une part, et par de riches rencontres lors de ma formation en ostéopathie d'autre part.

En effet, durant mon activité professionnelle de sage-femme j'ai pu rencontrer des patientes souffrant d'endométriose et j'ai eu, lors de congrès ou d'enseignements post universitaires (EPU), l'occasion de mieux comprendre la complexité de la prise en charge de cette pathologie.

Celle-ci touche 10 à 15% de femmes en âge de procréer [2]. Aussi de nombreuses associations ont vu le jour afin d'aider les patientes à mieux connaître leur maladie et à oser en parler [3-4], mais aussi afin d'alerter les Pouvoirs Publics ainsi que la communauté médicale de la nécessité d'agir dans l'intérêt des patientes et de leur entourage [5].

Durant ma formation en ostéopathie, je me suis rapidement questionnée sur la possible efficacité d'un traitement ostéopathique dans les douleurs chroniques secondaires de l'endométriose.

Connaissant le pouvoir adhésiogène de l'endométriose de par ses capacités d'invasion, d'infiltration et d'inflammation, je m'interrogeais sur l'éventuelle technique ostéopathique la plus adaptée afin de libérer ces adhérences qui limitent la mobilité des organes entre eux, étant ainsi source de douleurs chroniques.

Pour répondre à tous mes doutes, j'ai eu la chance de rencontrer Florent Brière, DO, référent de l'enseignement des fascias à l'école d'ostéopathie Eurostéo.

Son engouement et sa passion à nous enseigner cette discipline, pourtant très abstraite pour moi durant deux longues années, m'ont incitée à m'y intéresser tout au long de mon apprentissage.

Florent Brière étant aussi mon tuteur de stage depuis la 4^{ème} année, j'ai l'occasion de mettre en pratique et de mieux comprendre l'intérêt d'une approche fasciale dans la prise en charge des patients.

De plus, Sophie Rolland, DO, directrice de mon mémoire, a aussi beaucoup contribué à mon apprentissage et à l'éducation de ma main, ce qui a conforté mon

choix d'une approche par les techniques de libération fasciale des troubles des patientes incluses à mon étude.

Aussi à travers ce travail, nous essaierons de montrer si l'ostéopathie peut être proposée aux patientes souffrant d'endométriose comme thérapeutique complémentaire aux thérapeutiques conventionnelles.

Notre objectif principal sera d'étudier l'impact chez ces patientes, d'une prise en charge ostéopathique par les techniques de libération fasciale sur leurs douleurs chroniques et sur leur qualité de vie.

L'objectif secondaire sera de déterminer les zones en restriction de mobilité, conséquences des adhérences causées par l'endométriose.

1 Introduction

1.1 Endométriose.

1.1.1 Définition [6-8]

1.1.1.1 Mécanismes

L'endométriose est définie par la présence hors de la cavité utérine de tissus ayant les mêmes caractéristiques histologiques que l'endomètre, c'est-à-dire comportant des glandes épithéliales et du stroma.

Sous l'effet des œstrogènes, ces tissus réagissent au cycle menstruel de la même manière que ceux qui se trouvent dans l'utérus : chaque mois, ils s'épaississent, se dégradent et sont évacués. Le sang menstruel se trouvant dans l'utérus s'écoule par le vagin, alors que le sang et les tissus composant les endométriomes (ou kystes endométriosiques) ne peuvent être évacués d'aucune façon. Cela se traduit par de l'inflammation et, dans certains cas, par la formation de lésions (ou adhérences), pouvant entraîner de douloureux symptômes de l'endométriose et des troubles de la fertilité.

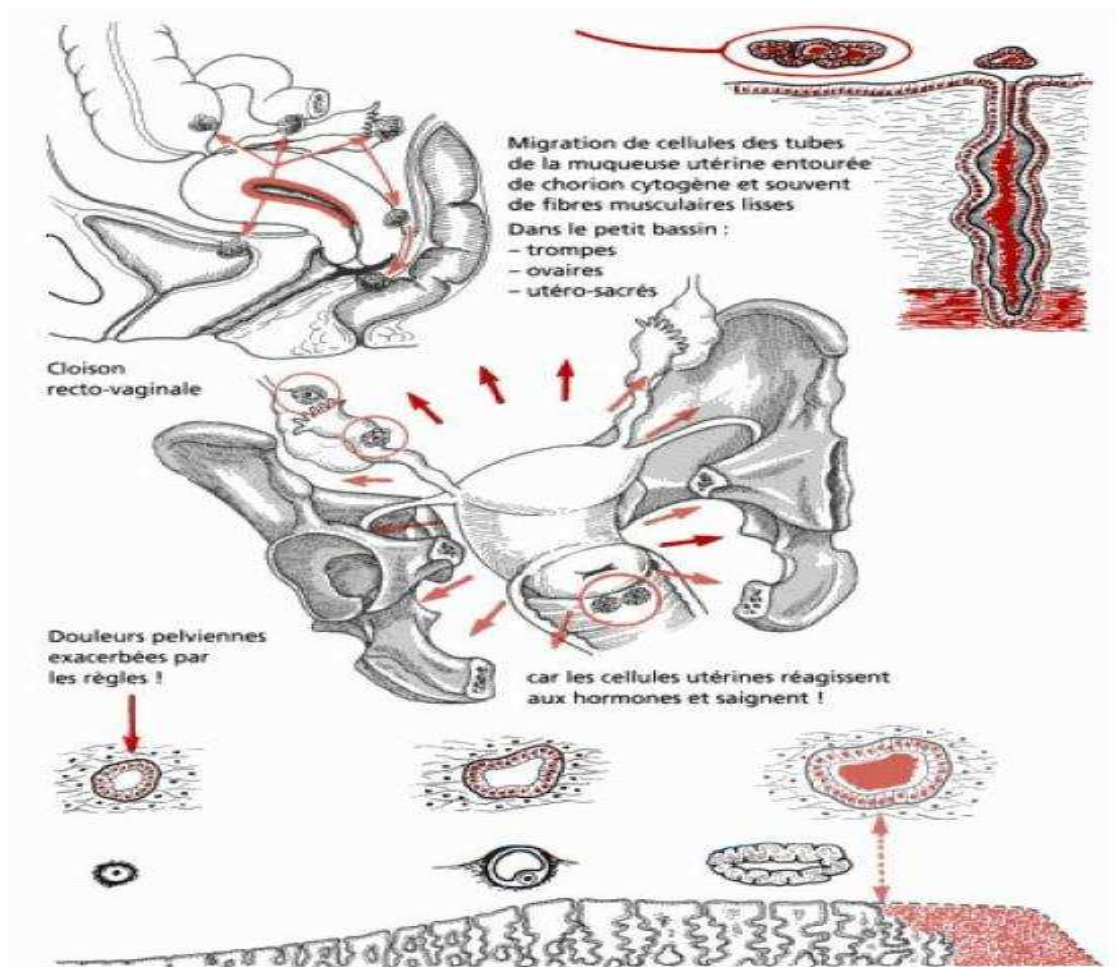


Figure 1-1 Schéma du mécanisme de l'endométriose (Extrait du livre *Gynécologie et Obstétrique de TOURRIS. H*)

1.1.1.2 Classification

La sévérité de l'endométriose est évaluée selon le score AFSR (American Fertility Society Revised). Quatre stades de sévérité croissante sont décrits en fonction de la profondeur de l'atteinte et de la localisation des lésions (Annexe 1)

En l'état actuel des connaissances, il n'y a pas d'indication à traiter une endométriose asymptomatique non compliquée et quel que soit le stade [7].

Le score AFSR de l'endométriose est basé sur :

- Les lésions péritonéales superficielles ou profondes
- Les lésions ovariennes sévères ; sur ovaire droit et/ou ovaire gauche
- Les adhérences annexielles : trompe droite et/ou trompe gauche

- L'oblitération du cul de sac de Douglas

1.1.2 Physiopathogénie

1.1.2.1 Les modifications tissulaires

Les localisations endométriosiques s'accompagnent souvent de lésions tissulaires. Celles-ci sont susceptibles d'entraîner des effets délétères, il s'agit principalement de réactions inflammatoires (responsables de l'aspect évolutif des lésions), de la formation d'adhérences importantes et de fibrose.

Les adhérences sont souvent situées au contact des lésions endométriosiques. Elles représentent soit une réaction de défense locale pour limiter l'extension du processus, soit des lésions authentiquement endométriosiques (en particulier quand elles sont hémorragiques). Elles sont souvent très fibreuses, sous forme de membranes ou d'accolements réunissant les organes entre eux. Quand elles exercent des tractions sur divers organes, elles peuvent diminuer la fertilité et entraîner des phénomènes douloureux.

Dans les adhérences anciennes, un phénomène de fibrose est observé. Elle apparaît à un moment variable de l'évolution des lésions qui perdent alors de leurs caractéristiques. Elles forment un épaississement ou présentent des nodules blancs contenant des taches noires (correspondant à des dépôts d'hémosidérine).

Il peut ensuite y avoir une guérison spontanée ou secondaire à un traitement. Cependant des séquelles peuvent induire divers symptômes comme la distorsion d'organes de voisinage pouvant participer au mécanisme de phénomènes algiques ou perturber la fonction reproductrice.

1.1.2.2 La formation d'adhérences

Certaines propriétés des tissus endométriosiques entraînent des altérations dans les phénomènes de cicatrisation par rapport au tissu péritonéal non endométriosique.

La cicatrisation du péritoine :

Le péritoine est une membrane séreuse constituée de mésothélium et de cellules épithéliales dans sa partie superficielle et de tissu conjonctif dans sa partie profonde.

Après un traumatisme, le phénomène de cicatrisation péritonéale s'effectue simultanément sur toute la surface altérée et non à partir des tissus périphériques. Le principal acteur de ce phénomène est la cellule mésothéliale avec l'implication de stéroïdes, d'intégrines, de facteurs angiogéniques, de fibroblastes, de cytokines, de l'activité fibrinolytique et de protéases.

Les cellules sous-jacentes à la zone lésée forment des îlots de cellules mésothéliales.

Quand l'activité fibrinolytique est normale, la prolifération permet une complète ré épithélialisation en environ sept jours.

Les adhérences endométriosiques:

Les propriétés fonctionnelles du tissu endométriosique le rendent particulièrement apte à générer des adhérences. Il s'agit entre autres d'une production augmentée d'œstrogènes et d'une activité biologique accrue pour le système fibrinolytique et pour la synthèse de cytokines (facteurs angiogéniques, TGF bêta)

Le TGF bêta a un rôle important dans le remodelage de la matrice extracellulaire et est fortement impliqué dans la formation des adhérences en raison de sa forte concentration dans le liquide péritonéal.

L'activité fibrinolytique augmentée au niveau de l'endomètre favorise l'implantation en position ectopique.

Les adhérences induites par l'endométriose sont très caractéristiques. Dans les formes actives, elles sont très hémorragiques. Le tissu fibreux est très dense et épais et s'accompagne de rétraction. Il n'y a souvent pas de plan de clivage quand deux organes sont accolés.

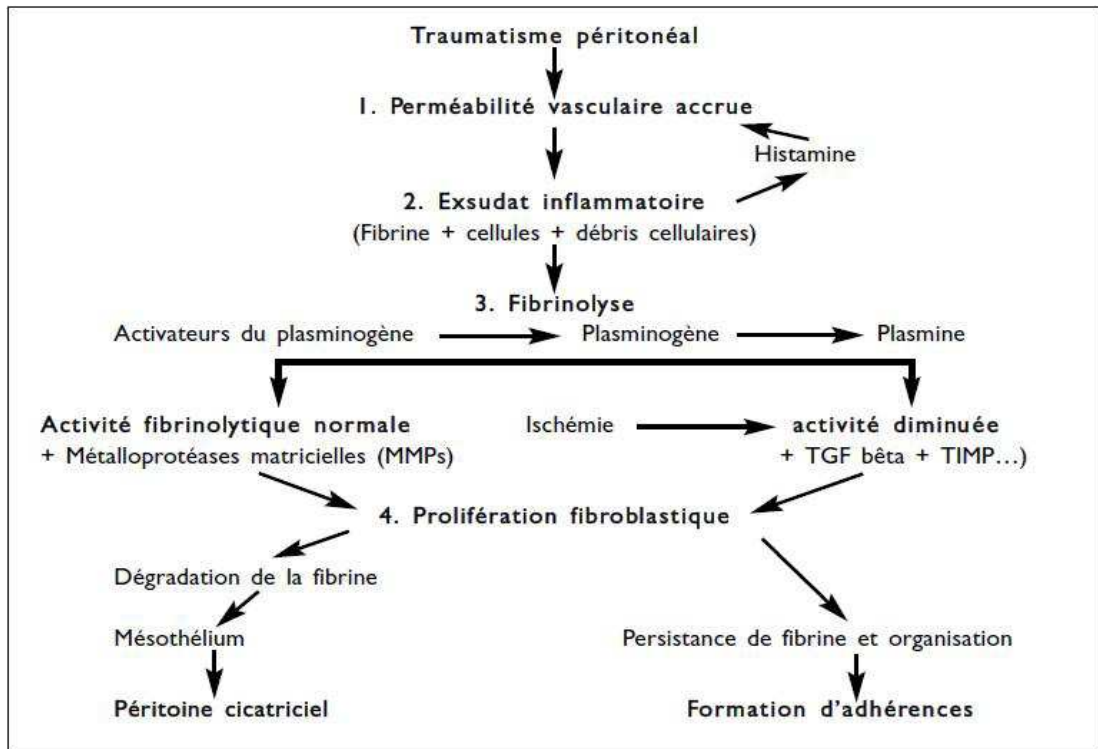


Figure 1-2 Représentation schématique des principaux mécanismes en cause dans la cicatrisation normale du péritoine lésé ou dans la formation d'adhérences (Extrait de l'article *Prévention des adhérences postopératoires : spécificités dans l'endométriose*, A.AUDEBERT)

1.1.3 Localisations

On définit trois types d'endométriose qui sont souvent associées:

1.1.3.1 Endométriose superficielle péritonéale

Le diagnostic clinique et paraclinique est difficile, il est posé avec certitude par cœlioscopie lors de douleurs ou d'un bilan de stérilité.

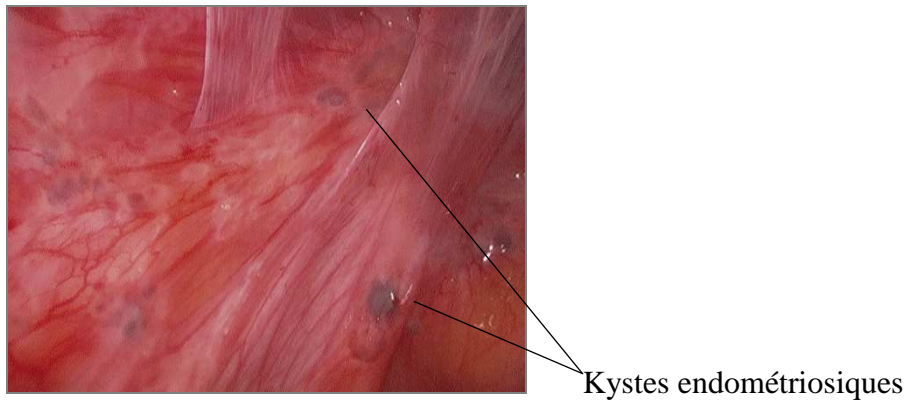


Figure 1-3 : *aspect macroscopique cœlioscopie d'une endométriose péritonéale, caractérisée par une hyper vascularisation et un aspect rétractile causés par des lésions récentes*

1.1.3.2 Endométriose ovarienne

C'est la localisation la plus fréquente, souvent asymptomatique

Diagnostic à l'examen clinique (toucher vaginal), à l'échographie ou IRM mais surtout par cœlioscopie

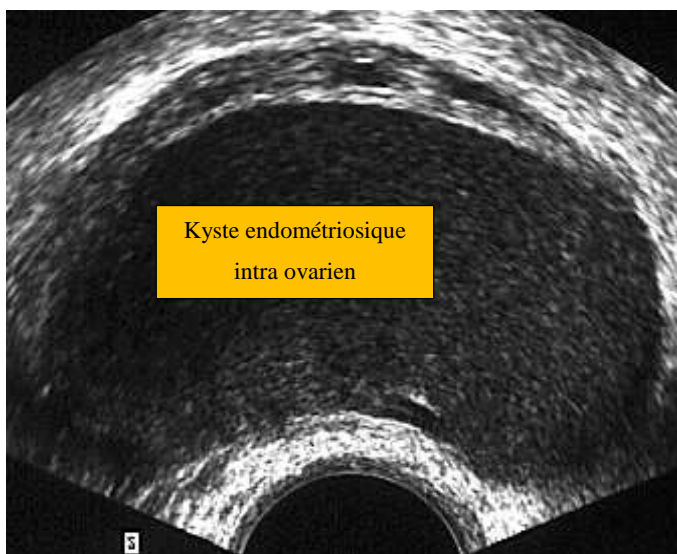


Figure 1-4: Endométriose ovarienne, aspect échographique d'un endométriome avec un contenu finement échogène caractéristique

1.1.3.3 Endométriose profonde

Elle est définie comme une lésion endométriosique pénétrant dans l'espace rétro péritonéal et/ou dans la paroi des organes pelviens à une profondeur de 5mm. Elle

affecte par ordre décroissant de fréquence, le cul de sac de Douglas, le colon-rectum, le vagin, la cloison sacro-recto-génito-pubienne et la vessie. Elle affecterait environ 20% des patientes présentant une endométriose.

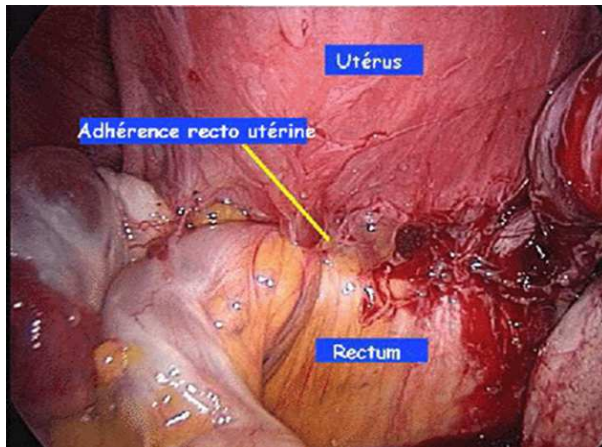


Figure 1-5: Endom trieuse profonde, aspect c lioscopie, atteinte du Cul de sac de Douglas.



Figure 1-6: Endom trieuse profonde, aspect IRM, atteinte de la paroi recto-sigmo idienne

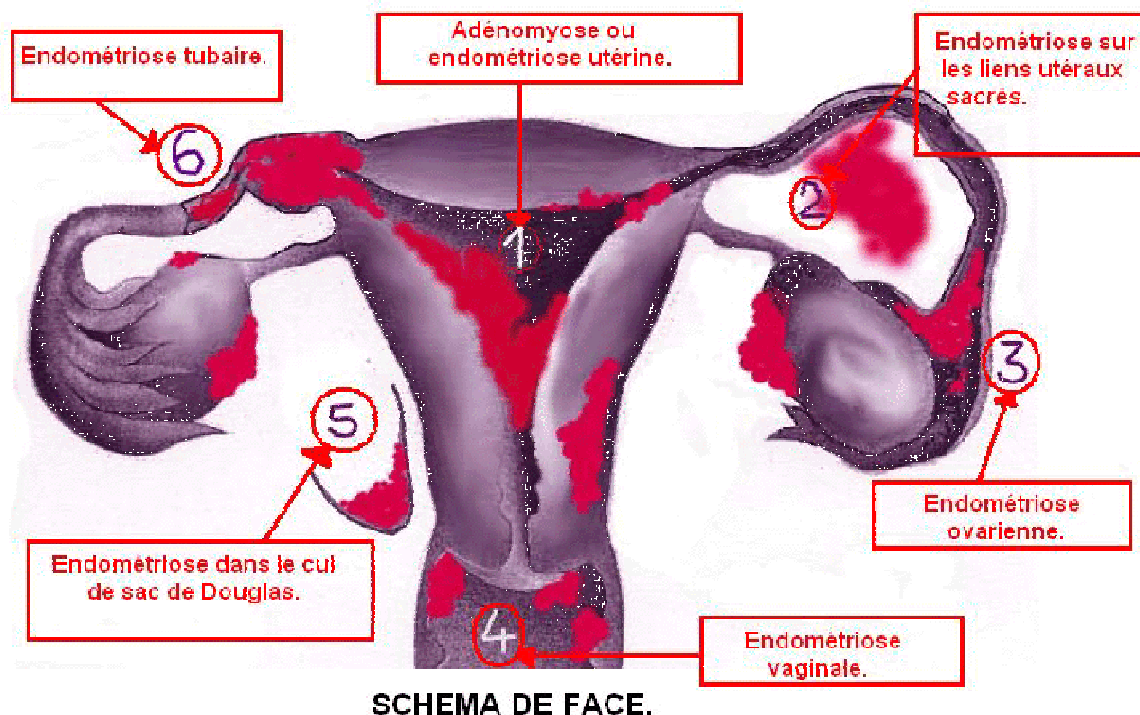


Figure 1-7: Localisations les plus fréquentes de l'endométriose

Evolution des localisations:

Outre des kystes endométriosiques sur les ovaires et des nodules profonds localisés au niveau des ligaments utéro sacrés et de la cloison recto vaginale, on retrouve des adhérences entre les organes (utérus, ovaire, trompes et tube digestif) et entre les organes et la paroi abdominale.

1.1.4 Données épidémiologiques [8]

1.1.4.1 Fréquence

Dans la littérature, les données concernant la prévalence de l'endométriose varient en fonction du mode de diagnostic. Les variations des chiffres de fréquence sont considérables : de 2 à 78% dans le cadre de l'infertilité, de 0.7 à 43% lors de cœlioscopie pour ligature tubaire, et de 4.5 à 82% chez les patientes opérées pour douleurs. On estime à 10% en moyenne la prévalence de l'endométriose chez la femme en âge de procréer. Il n'existe pas de données fiables concernant l'incidence de l'endométriose dans la population générale.

L'endométriose est retrouvée chez près de 40% des femmes qui souffrent de douleurs chroniques pelviennes, en particulier au moment des règles.

1.1.4.2 Facteurs de risques

- Age

L'endométriose pelvienne touche préférentiellement la femme en période d'activité génitale. Il n'y a pas de relation entre l'âge au moment du diagnostic et la sévérité de la maladie.

- Niveau socio-économique

Une association significative entre un niveau socio-économique élevé et l'endométriose a été rapportée, sûrement due au fait que ces patientes sont mieux suivies. Cette association est retrouvée quel que soit l'âge de la patiente lors de sa première grossesse, quel que soit son statut en terme de fertilité, et quel que soit le temps écoulé entre la date des 1ères règles et la 1^{ère} grossesse.

- Caractéristiques du cycle menstruel

Les patientes endométriosiques présenteraient des cycles plus courts, un allongement de la durée des règles, et une augmentation de leur abondance. Une puberté précoce est aussi souvent retrouvée.

- Parité

Les données cliniques et épidémiologiques suggèrent que plus la parité est faible plus le risque d'endométriose augmente.

- Utilisation d'une contraception orale oestro-progestative (COOP)

Dans une large étude de cohorte, le taux d'endométriose était plus faible parmi les utilisatrices régulières ou récentes d'une COOP que parmi celles n'ayant jamais utilisé de COOP. Mais les femmes ayant arrêté la pilule plus tôt avaient un risque plus élevé que celles n'ayant jamais pris de COOP.

- Risque familial

Il existe un risque plus important de développer une endométriose pour les filles ou les sœurs de patientes atteintes. De plus, la maladie serait plus sévère en cas d'antécédent familial.

- Tabac, alimentation et style de vie

Selon certaines études, les grandes fumeuses auraient un risque diminué de développer une endométriose. Cela pourrait être dû à l'effet antioestrogénique du tabac.

Une consommation modérée d'alcool ou des repas riches en graisses saturées augmenterait le taux d'œstrogènes et donc la fréquence de l'endométriose.

L'activité physique régulière pourrait être associée à une diminution des taux d'œstrogènes et serait un facteur protecteur vis-à-vis de l'endométriose.

- Facteurs environnementaux

Les résultats d'études menées sur les animaux font envisager un lien entre l'endométriose et les agents polluants comme la dioxine-TCDD (contenue dans les graisses animales, les fumées de tabac, les émissions des moteurs à essence ou diesel, certaines industries). Toutefois, on ignore si ces substances agissent comme des hormones ou si elles bloquent les effets des hormones sur l'organisme par le biais de mécanismes non endocriniens.

1.1.5 Symptômes et signes cliniques

Les manifestations cliniques sont des douleurs pelviennes chroniques (DPC) qui sont un motif fréquent de consultations gynécologiques. Parmi les causes des DPC, l'endométriose occupe une place importante en raison de sa fréquence, de l'intensité des symptômes et des implications qu'elles peuvent entraîner dans la vie d'une femme.

Les maîtres symptômes sont des douleurs cycliques ou continues, la dysménorrhée (douleur lors des règles), la dyspareunie profonde (douleur au rapport sexuel), la dyschésie (douleur à la défécation) et l'infertilité. Les douleurs n'ont pas de correspondance avec la gravité mais avec la profondeur de l'atteinte.

Un paramètre fondamental dans la genèse des douleurs de l'endométriose est l'infiltration nerveuse des nerfs sous-péritonéaux et, en particulier, des nerfs présents dans la paroi vésicale ou digestive.

La dysménorrhée de tension causée par l'endométriose survient pendant les règles et plus précisément au 2^{ème} et 3^{ème} jour est suggestive de la maladie, contrairement à la dysménorrhée classique survenant parfois 1 jour avant les règles et diminuant dès le 3^{ème} jour. Elle peut être associée à une irradiation lombaire pouvant indiquer une atteinte des ligaments utéro-sacrés, du ligament large et des ligaments lombo-ovariens. Ce symptôme a été considéré par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire comme un des plus sévères et de ce fait, comme un critère de traitement [9].

La présence de dyspareunies profondes, de douleurs à la défécation à périodicité menstruelle, de signes fonctionnels urinaires ou de douleurs abdominales chroniques et/ou de signes fonctionnels digestifs, est corrélée à l'existence d'une atteinte des ligaments utéro-sacrés, de nodules de la cloison recto vaginale, de nodules vésicaux ou de nodules digestifs. Ces signes urinaires et digestifs sont souvent frustes et disparaissent en dehors de la période menstruelle.

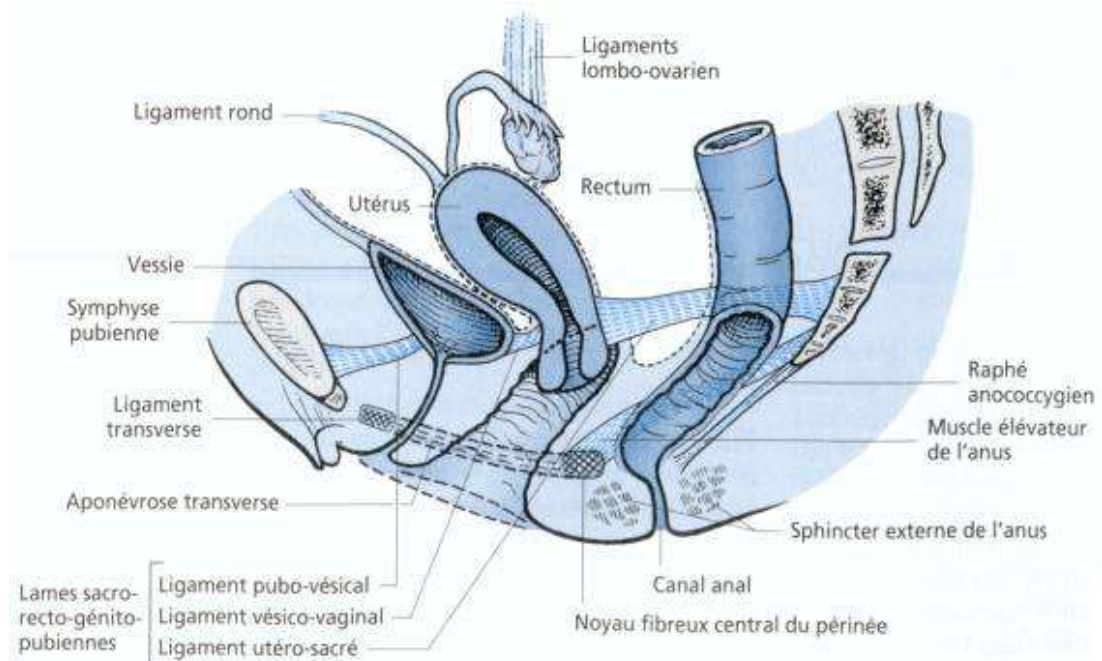


Figure 1-8 : Ligaments du petit bassin (Extrait du site www.monbebe.com)

Parmi les autres symptômes, nous trouvons les saignements prémenstruels irréguliers, une fatigue chronique, des céphalées, des nausées et des vomissements.

Chez les femmes infertiles, la présence d'endométriose est d'environ 30%. Lors d'endométriose sévère, 3% des femmes pourront être enceintes à un an contre 22% dans les endométrioses modérées.

Les femmes endométriosiques ont un parcours médical difficile, avec des présentations cliniques variées, expliquant le délai moyen de diagnostic de 6,7 ans. Les souffrances endurées sont physiques mais également psychologiques. La chronicité de la maladie, les difficultés à concevoir aboutissent à une altération de la qualité de vie [10].

1.1.6 Prise en charge thérapeutique

D'après les Recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) basées sur les Recommandations de la Haute Autorité de Santé [11], le traitement médical doit être privilégié. Il est principalement basé sur la présence de dysménorrhées [12].

Les traitements médicaux, tant les antagonistes de la GnRH, que le Danazol (inhibiteur des gonadotrophines hypophysaires) ou les progestatifs de synthèse ont fait leur preuve sur les symptômes douloureux. Néanmoins, l'efficacité est temporaire et les récurrences douloureuses seraient liées à la réactivation progressive de lésions rendues quiescentes par les traitements. Le stérilet au lévonorgestrel (Mirena) constitue une option thérapeutique dans le traitement des dysménorrhées [13]

Des études ont montré que les traitements médicaux sont efficaces sur les dysménorrhées, les douleurs pelviennes chroniques et sur les dyschésies. L'effet sur les dyspareunies semble néanmoins moins marqué et il n'est pas constamment retrouvé [8]

Le traitement chirurgical est réservé aux formes cliniques résistantes au traitement médical. Pour les lésions péritonéales superficielles lors d'endométrioses de 3 ou 4 cm, il consiste en une kystectomie pouvant entraîner une altération de la réserve ovarienne, et pour les lésions d'endométriose profonde, il consiste en l'exérèse des lésions. Le traitement chirurgical permet une diminution des symptômes douloureux.

1.2 L'ostéopathie

1.2.1 Définitions et principes

1.2.1.1 Définitions

- Définition selon Andrew Taylor Still (1828-1917) [14]

Le terme d'origine américaine est "Osteopathy", en Français : "Ostéopathie".

Il s'agit donc d'un mot d'origine anglo-saxonne composé de deux racines grecques. La première, ostéon = os, structure (au sens le plus large du terme). Il faut entendre par ce terme toutes les structures du corps, qu'elles soient liquidiennes, membraneuses, osseuses ou encore organiques. La seconde, pathos = affection. La traduction en français pourrait être : "affection qui vient de la structure". Dans le terme anglais, on peut noter également que la deuxième partie est composée du terme "pathy" qui vient de l'anglais "path" : la voie. Le mot Ostéopathie prend alors une autre dimension avec cette définition : "la voie de la structure "

Cette voie est aussi bien celle par laquelle la maladie s'installe que celle par laquelle on peut traiter les malades afin de les aider à retrouver leur état physiologique préexistant.

A.T. Still définit l'ostéopathie comme "un système d'agencement harmonieux de la machine humaine dans son ensemble, en gardant ouvertes toutes les communications avec le cerveau et en libérant tous les blocages dans la circulation du sang en provenance du cœur, ainsi que des autres fluides. Les systèmes sensitif, moteur et nutritif doivent tous travailler à l'unisson quand il est question de santé. Quand toutes les parties du corps sont dans leur état normal, vous êtes en état de santé".

- Définition selon la Convention Européenne d'Ostéopathie de 1987 [15]

L'ostéopathie est une médecine naturelle, une thérapeutique, qui a pour but de rechercher les causes des dysfonctions et de remettre en mouvement l'unité fonctionnelle de l'homme.

Elle est basée sur la bonne harmonie, un bon équilibre et une bonne mobilité de l'architecture squelettique "soutien" du corps, et par extension de tous les tissus du corps, permettant le bon fonctionnement des différents systèmes de l'organisme.

1.2.1.2 Les principes de l'ostéopathie

- Rechercher la santé

« Trouver la santé devrait être l'objectif du docteur. N'importe qui peut trouver la santé » [14]

- Le fondement même de la vie, c'est la santé. Quels que soient le créateur et la manière dont les choses ont été créées, il semble logique de penser que les organismes ont été créés ou se sont développés pour progresser vers une santé optimum.

- La santé fonde donc la vie et le vivant.

- L'ostéopathe doit donc chercher la santé, travailler avec ce concept, plutôt qu'avec l'idée de la maladie (P. Tricot, 2012)

- Le corps a le pouvoir de surmonter la maladie

Aucun praticien n'a jamais guéri un patient. La seule chose qu'il ait faite, c'est de permettre à l'organisme du patient de trouver les ressources nécessaires pour recréer un équilibre. Le rôle de l'ostéopathe se borne donc, grâce à un raisonnement reposant sur la connaissance anatomique et physiologique, à trouver les éléments entravant les processus normaux d'amélioration, à les réajuster et à laisser la sagesse du corps faire l'essentiel : rétablir son équilibre et sa santé.

- L'importance de la circulation des fluides corporels

« Un apport abondant et complet de sang artériel doit être amené et délivré à toutes les parties, organes et glandes, par les canaux appelés artères. Et lorsque le sang a accompli son travail, alors, sans délai, les veines doivent retourner le tout au cœur et aux poumons pour le rénover » [14]

Le système circulatoire doit pouvoir contribuer à maintenir les conditions de santé quelles que soient les conditions de vie de l'organisme. De multiples anomalies

peuvent altérer le fonctionnement de ce système, entraînant de sérieuses répercussions au sein du corps. L'ostéopathe doit donc posséder une bonne connaissance anatomique tant du système vasculaire que du système nerveux.

- Le corps, une unité fonctionnelle

Le corps humain est constitué de parties fonctionnant en étroite interdépendance. Il existe au sein du corps un tissu omniprésent, le fascia assurant à la fois, la structuration de l'organisme, les conceptions des flux liquidiens et le support pour les vaisseaux, les nerfs et autres fibres conductrices.

Still disait du fascia qu'il détenait la clé de communication de l'organisme, il en fit une unité fonctionnelle.

- La relation entre structure et fonction

« La maladie est le résultat d'anomalies auxquelles succède le désordre physiologique » [14].

Ne semble-t-il pas évident qu'un nerf gêné dans son parcours par une compression voit sa fonction de transmission altérée ?

Ne semble-t-il pas évident qu'un vaisseau sanguin ou lymphatique comprimé ne peut assurer sa fonction correctement ?

L'ostéopathe cherche donc, au sein des structures du corps, celles qui ne présentent pas un degré de mobilité suffisant, dans le but de les libérer pour permettre à la ou les fonctions qui en dépendent d'être assurées normalement (P. Tricot, 2012).

1.2.2 Ostéopathie et endométriose

Une étude menée en 2005 à l'initiative du CNGOF (Collège national des Gynécologues Obstétriciens de France) a montré la pertinence d'une prise en charge pluridisciplinaire de la douleur pelvienne chronique associant à la consultation gynécologique, une consultation de psychologue clinicien, d'acupuncteur et de kinésithérapeute [13]. On peut alors s'interroger sur l'intérêt d'une consultation avec un ostéopathe en complément de cette prise en charge.

De plus, en 2008, M. Grimaldi, gynéco-obstétricien, dans son travail sur les douleurs pelvi périnéales chroniques et partant de leur origine myo-fasciale, a montré une amélioration des douleurs telles que les dysménorrhées et dyspareunies profondes grâce à un traitement par médecine manuelle et ostéopathie [17]

Enfin, C. Ageron-Marqué, Sage-femme - Ostéopathe DO, écrit dans un article de 2006 sur « Endométriose et ostéopathie », qu’au regard des différentes hypothèses d’étiologie et de la localisation ectopique des endométriomes, les thérapies manuelles visant à restituer la mobilité et la vascularisation des organes pelvi-péritonéaux ont toute leur place dans la prise en charge de l’endométriose. Elle insiste sur l’intérêt pour l’ostéopathe qui, après avoir éliminé les grandes lésions de la structure, opèrera en un travail spécifique sur l’endométriose. Il devra avant tout restituer la mobilité, libérer les adhérences et permettre la circulation de tous les liquides et ainsi supprimer la douleur [18]

Au vu de ces diverses amorces vers de nouvelles approches thérapeutiques de l’endométriose, nous nous intéresserons dans ce mémoire, à des techniques ciblées sur la libération des adhérences et autres fibroses, visant à redonner de la mobilité aux organes pelvi péritonéaux entre eux, ainsi à supprimer les symptômes douloureux.

1.3 Les fascias

1.3.1 Définition

Le fascia n’est pas un principe ostéopathique, il est une réelle entité anatomique.

Andrew Taylor Still décrit le fascia comme étant « le principe qui gaine, pénètre, divise et subdivise la moindre partie du corps de tous les animaux ». On peut comprendre qu’il s’intéresse au fascia d’un point de vue anatomique étant donné qu’il a été en contact dès son enfance avec le dépeçage des animaux qu’il avait chassés et il a donc dû être interpellé par l’étendue du fascia. Le fascia reliant toutes les parties de l’organisme, il est indispensable au principe d’unité anatomique du corps humain cher à Still.

Mais surtout, le fascia intervient dans la circulation des fluides et les échanges entre éléments vitaux et déchets, il est le lieu de la fermentation qui pour Still est la cause de la maladie.

« Si je m'étends beaucoup sur l'universalité du fascia, c'est pour impressionner le lecteur avec l'idée que cette substance de connexion doit être libre dans toutes ses parties afin de recevoir et de décharger tous les fluides pour s'approprier et utiliser la vie nutritive animale et éjecter toutes les impuretés, afin que la santé ne puisse être altérée par les fluides morts et empoisonnés. » [14].

Le Fascia est un concept qui permet d'appréhender le système complexe que représente la structuration du corps, c'est-à-dire son organisation mécanique. Le concept ostéopathique intègre très largement le concept fascia. Non seulement la philosophie ostéopathique s'applique au fascia mais en plus, le fascia étaye le concept ostéopathique. De là, découle une méthodologie de tests puis une méthodologie thérapeutique au service de la santé du patient [19].

1.3.2 Embryologie et histologie

1.3.2.1 Embryologie

L'ensemble du tissu fascial dérive du même feuillet embryonnaire primitif, le mésoblaste apparaît au début de la 3^{ème} semaine du développement embryonnaire. En effet, l'embryon s'organise alors sous la forme d'un disque composé de trois couches différentes de cellules. Ce disque tri dermique comprend donc, l'ectoderme (couche interne), l'endoderme (couche externe) et le mésoderme (couche intermédiaire). Suite à de successives étapes de différenciation, l'ectoderme donnera le système nerveux et la peau, l'endoderme engendrera l'épithélium intestinal et le mésoderme tout le reste, soit 80% de l'ensemble du corps [19]

Au cours de l'embryogenèse, les fascias semblent être à l'origine de la création de la continuité du corps entier et ils dirigeraient l'organogénèse [20]

1.3.2.2 Histologie

Le tissu conjonctif est le tissu ostéopathique par excellence. Il exprime les préceptes de la philosophie ostéopathique établissant l'unité de fonction, la relation mutuelle de

la structure et de la fonction, et les éléments nécessaires à sa maintenance et sa guérison. Lorsque nous traitons le tissu conjonctif, nous traitons ostéopathiquement [21]

Tous les fascias du corps humain sont du tissu conjonctif (TC).

Les TC sont des tissus dont les cellules sont séparées par de la matrice extracellulaire, contrairement aux épithéliums dont les cellules sont jointives. Ces cellules sont fixes (fibroblastes, les plus nombreuses) ou mobiles (dérivés des éléments figurés du sang). La matrice extra cellulaire est constituée de fibres de collagène et d'élastine, et de substance fondamentale, solution colloïdale formée de macromolécules dans un milieu aqueux. Cette substance fondamentale est à viscosité variable (de phase solide à gel), ce qui influence ses propriétés.

Il existe un TC lâche, dont les propriétés sont l'activité cellulaire, les échanges inter cellulaires, l'immunité, la plasticité et l'élasticité, et un TC dense, dont le rôle est mécanique mais assurant aussi résistance (fibres de collagène) et élasticité (fibres d'élastine). Le TC va donc se rencontrer dans tout le corps humain, il peut même varier quantitativement dans certains lieux et sous certaines conditions. Néanmoins, la majeure partie du TC ayant un rôle de soutien, il possède un mode de distribution et des plans d'organisation précis.

Il participe en superficie à délimiter les plans cutanés et sous-cutanés, puis les différents groupes musculaires, puis les tuniques du muscle jusqu'à la fibre musculaire. Il constitue les plèvres, le TC interstitiel des lobes, lobules et alvéoles pulmonaires, la capsule hépatique, mais aussi les ligaments mésos et les revêtements péritonéaux.

1.3.3 Propriétés et fonctions

- Propriétés mécaniques : ce sont des propriétés communes aux TC : mobilité, élasticité, contractilité, malléabilité et solidité
- Adaptations aux contraintes : plus un fascia est étiré, plus il augmente sa rigidité [22]

- Contractions rythmiques : le fascia est animé de contractions rythmiques issues de la mémoire embryologique de l'enroulement embryonnaire du mésoblaste.
- Adaptation à sa fonction : en cas de sollicitations répétées il est capable de modifier sa structure.
- Rôle de soutien et de support : grâce aux fascias, les organes maintiennent leur forme et donc l'intégrité anatomique du corps humain.
- Rôle de fixation : le fascia est garant de la cohésion interne.
- Rôle de protection : toute agression sollicitera d'abord le fascia afin de conserver l'intégrité au tissu sous-jacent.
- Rôle de mobilité : les fascias agissent comme un plan de glissement permettant aux organes de glisser les uns par rapport aux autres lors des mouvements afin de s'adapter aux variations de tension ou de forme.
- Rôle de transmission et coordination : tout mouvement à un niveau donné du corps sera enregistré et diffusé dans le corps entier par mise en tension successive des fascias reliés les uns aux autres.
- Rôle hémodynamique : le mouvement rythmique du fascia s'applique aux systèmes veineux et lymphatiques favorisant la progression du sang veineux et de la lymphe.
- Rôle de stockage : les déchets de l'organisme sont stockés dans la matrice extra cellulaire du TC, en cas de surcharge c'est le TC qui s'encrasse [23]

1.3.4 Anatomie générale et rôle des fascias [19]

L'anatomie découle directement de la mise en place embryologique du tissu conjonctif

- **Fascia superficialis** : situé entre la panicule adipeux et la peau. Il s'étend depuis l'aponévrose épicroânienne jusqu'aux chevilles et poignets. Il est absent au niveau de la face, du sternum et du sacrum.
- **Aponévroses externes** : axiales et appendiculaires, elles composent l'ensemble des aponévroses qui enveloppent l'appareil ostéo myo articulaire. Elles sont en lien avec l'appareil locomoteur ainsi avec la vie relationnelle.
- **Aponévroses internes** : elles forment une zone de clivage entre les aponévroses externes et les séreuses. Ce sont, le fascia endothoracique, le fascia transversalis et le système ligamentaire suspenseur des organes du petit bassin.
- **Séreuses** : elles isolent la vie relationnelle de la vie logistique. C'est un système conjonctif formé de 2 feuillets séparés d'un espace rempli de liquide. Ce sont la plèvre et le système conjonctif du poumon ainsi que le péritoine et le système ligamentaire viscéral. Il n'y a pas de séreuse dans la région cervicale.
- **Unité conjonctive centrale (UCC)** : elle sert d'intermédiaire, de poutre de fixation entre les viscères contenus dans les séreuses et le contenant formé par les aponévroses externes. Ce sont, la gaine viscérale du cou, le médiastin, les piliers du diaphragme, les psoas, le fascia illiaca, les reins, la graisse péri rénale et les lignes innominées. Elle joue un rôle dans la posture et un rôle de protection du système vasculo-nerveux.
- **Membranes de tension réciproque (MTR)** : ce sont la dure-mère crânienne et la dure-mère rachidienne.

1.4 Techniques ostéopathiques de libération fasciale

1.4.1 Le principe technique

« La vérité n'est pas dans le modèle, elle est dans les mains » [23]

Le principe technique de l'ostéopathie fasciale et tissulaire est de percevoir et de corriger, si besoin avec sa main, les mouvements des fascias et plus globalement de tous les tissus vivants.

Les tissus vivants sont animés de deux types de mouvements, des mouvements de mobilité et des mouvements de motilité.

- **La mobilité** : elle correspond aux mouvements d'un segment par rapport à un autre. La mobilité viscérale est le retentissement du mouvement du diaphragme sur les viscères.
- **La motilité** : elle correspond aux mouvements autonomes intrinsèques et inhérents des tissus, ils sont indépendants de tout contrôle supérieur. En effet, la motilité correspondrait au mouvement créé par le développement des différents organes pendant la vie embryonnaire gardé en mémoire par les tissus.

Au cours du temps, la motilité a eu plusieurs descriptions par les auteurs de l'ostéopathie :

- Andrew Taylor Still l'a décrite comme « *l'esprit, la force vitale* » (1828-1917).
- William Garner Sutherland comme « le souffle de vie puis comme le Mécanisme Respiratoire Primaire, manifestation physiologique du mécanisme crano-sacré » (1873-1954).
- Rollin Edward Becker comme « *le mécanisme involontaire* » (1910-1996) : c'est le fameux mouvement de la vie cellulaire, il met en jeu l'activité cellulaire non spécifique, universelle à toute cellule vivante en activité.
- Pierre Tricot comme « la conscience cellulaire et tissulaire ».

1.4.2 Méthodologie de la palpation fasciale [19]

- **L'intention** : c'est savoir ce que l'on veut faire ; vouloir rechercher les zones en restriction de mobilité au sein du système fascial.

- **La visualisation** : c'est se faire une représentation mentale de l'anatomie des structures que l'on veut investiguer.
- **La discrimination** : c'est différencier les structures lors de la palpation pour s'assurer que l'on se trouve bien sur la structure que l'on a l'intention de tester.
- **L'équipression** : c'est faire corps avec la structure que l'on veut tester afin de ressentir les influences fasciales avec ses récepteurs proprioceptifs plus qu'avec ses récepteurs tactiles.
- **Le test d'écoute** : c'est simplement sentir vers où s'exerce l'attraction fasciale.
- **Le test tissulaire** : il confirme éventuellement le test d'écoute en tractant activement la structure fasciale à l'opposé de son attraction.

1.4.3 Techniques ostéopathiques d'équilibre et d'échanges réciproques

Suite aux travaux de William Garner Sutherland décrivant le mécanisme respiratoire primaire crano-sacré, Rollin Edward Becker contribua à étendre cette notion à la totalité du corps humain. Il a aussi fait entrer ce mécanisme global, « le mécanisme involontaire », dans les techniques de traitement et il l'a « utilisé cliniquement » - répondant ainsi à l'injonction de Still : « Pourquoi ne pas utiliser cette puissance, qui le peut, qui le veut ? » (J.A Duval).

D'un point de vue pratique, c'est aussi W.G Sutherland qui élaborera les techniques de palpation et de mobilisation des tissus profonds et des liquides, en opposition avec les techniques périphériques musculo-squelettiques qui jusqu'alors avaient seules la faveur de la profession ostéopathique. En effet, les structures du crâne ne peuvent pas se « manipuler » de l'extérieur. Leur mobilité est au contraire produite et contrôlée par des facteurs internes, fluctuation du liquide céphalo rachidien, motilité respiratoire du système nerveux central et tension réciproque de la membrane. Et c'est donc à ces mêmes facteurs mécaniques internes que l'on doit faire appel si l'on veut influencer la mobilité des structures crâniennes. C'est Rollin Becker, qui en

s'appuyant ainsi sur les découvertes physiologiques et techniques de WG Sutherland, introduisit les Techniques d'équilibre et d'échanges réciproques. Dans cette approche, il n'y a pas d'« opérateur » (c'est-à-dire « quelqu'un qui exécute une action »), le praticien n'agit pas sur les tissus, organes ou énergies, mais après s'être concentré dans la totalité de l'être du patient, il se contente de placer ses mains sous la région en souffrance et de s'intégrer à la condition pathologique inscrite dans les tissus, les organes.

Il se contentera de suivre, ou plutôt d'accompagner les indications reçues, en fait, d'être présent. Ces indications déterminent une ou plusieurs directions, d'intensités et de profondeurs variables, qui peuvent subir des déviations, se heurter à des blocages. Les mains du praticien s'identifient à tout cela – « elles s'abandonnent », dit Rollin Becker - ; elles suivent ces indications – ces « mouvements non structuraux » - jusqu'à ce que les différentes tensions et les différentes tendances s'harmonisent d'elles-mêmes, « s'immobilisent », et se trouvent ainsi en état d'équilibre et d'échanges rythmiques réciproques. C'est le soi-disant « point de tension membraneuse » ou « Still point », le « point de neutralisation » ou « point d'immobilité ». Et c'est alors le moment d'auto résolution, et la fin du traitement [24]

Nous ferons le choix dans ce mémoire, d'utiliser les techniques d'équilibre et d'échanges réciproques pour les phases de corrections de notre démarche ostéopathique thérapeutique destinée aux patientes endométriosiques incluses dans notre étude.

2 Matériel et méthode

2.1 Matériel utilisé

D'après les Recommandations de 1999 de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) [25] sur l'Evaluation et le suivi de la douleur chronique chez l'adulte, ainsi que celles de la Haute Autorité en Santé (HAS) en 2008, sur le Syndrome douloureux chronique [11], nous avons choisi d'utiliser un outil de mesure de la douleur, l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) et un questionnaire orienté sur l'évaluation de la Qualité de vie : SF36.

2.1.1 EVA

L'EVA est une réglette à double face avec curseur.

La face « patient » précise les extrêmes, « absence de douleur » et « douleur maximale imaginable ». Le patient déplace le curseur entre ces deux extrêmes. La face de mesure réservée au soignant est graduée de 0 à 100 mm. L'EVA est sensible, reproductible, fiable et validée mais elle est difficile à utiliser chez les patients à faible niveau de compréhension, les malvoyants, et les personnes âgées.

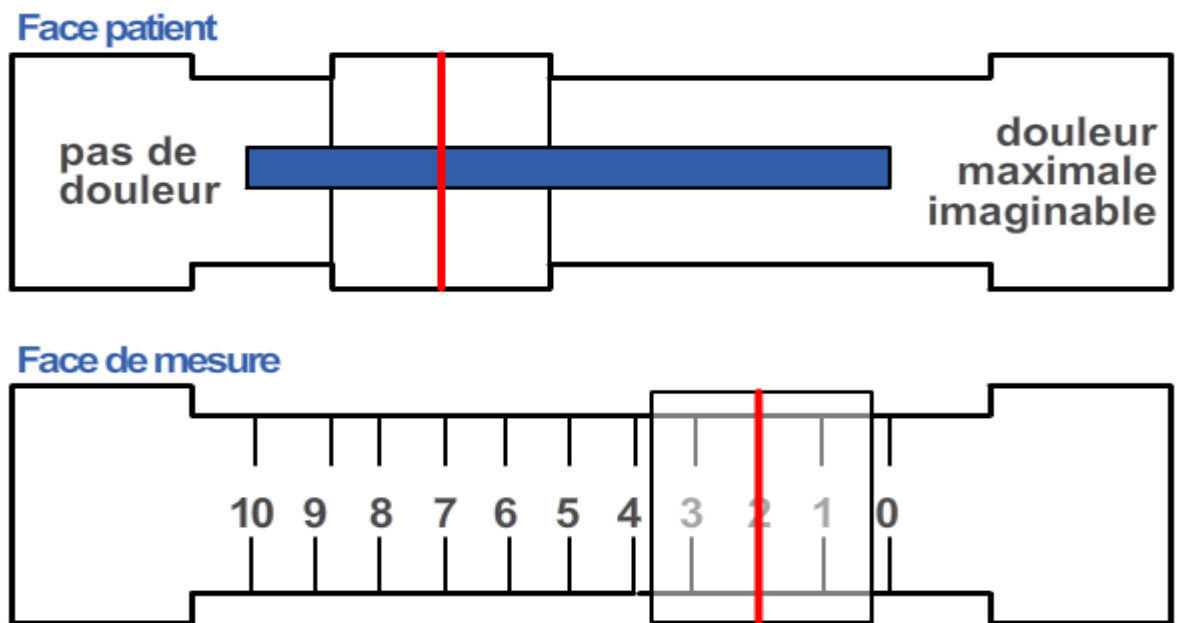


Figure 2-1 : Echelle visuelle analogique

2.1.2 Questionnaire SF 36

La qualité de vie est évaluée par le questionnaire SF36 (Annexe 2).

Il comporte 8 items dont 4 pour évaluer le **retentissement physique** (PCS = Physical Component Score) et 4 autres pour évaluer le **retentissement psychologique et émotionnel** (MCS = Mental Component Score).

Ce questionnaire est simple d'utilisation, sensible, fiable, reproductible et validé. Il est destiné à toute personne ayant des difficultés de santé.

Les 8 items du SF-36 :

- 4 items du PCS :
 - Activité physique (fonctionnement) (PF : Physical Functioning)
 - Limitations liées à la santé physique (RP : Rôle Physical)
 - Douleur physique (BP : Bodily pain)
 - Santé générale (GH : General Health)

Le PCS prend en compte PF, RP, BP et GH.

- 4 items du MCS :
 - Vitalité (énergie/ fatigue) (VT : Vitality)
 - Fonctionnement ou bien-être social (SF : Social Functioning)
 - Limitations liées à la santé mentale (RE : Rôle Emotional)
 - Santé mentale (MH : Mental Health)

Le MCS prend en compte VT, SF, RE et MH.

Pour retranscrire les résultats des 4 questionnaires de chacune des patientes, nous avons utilisé la cotation de la version française validée du SF36 (Annexe 3)

- Le PCS comprendra les scores des questions : 1, 2, 3, 4, 5, 7 et 8, il sera coté sur 56.
- Le MCS comprendra les scores des questions : 6, 9, 10 et 11, il sera coté sur 74.

2.1.3 Fiche patiente

Une fiche patiente « type » a permis d'assurer le suivi et d'évaluer l'évolution des signes cliniques au cours des différentes séances (Annexe 4).

2.2 Méthode utilisée et présentation de l'étude

2.2.1 Type et durée de l'étude

L'étude a été menée au cabinet de Sophie Rolland DO à Salon de Provence, sur une période allant d'octobre 2015 à janvier 2016 afin de traiter les patientes sur 3 cycles menstruels (Annexe 5).

C'est une étude prospective visant à analyser :

- le retentissement d'une prise en charge ostéopathique de libération fasciale sur les douleurs et la qualité de vie de patientes endométriosiques.
- l'évolution et la réponse au traitement ostéopathique.

2.2.2 Population à l'étude

Trois patientes participent à l'étude. Toutes ont eu un examen clinique par un gynécologue-obstétricien référent expert en endométriose, une exploration radiologique comportant une échographie endo-vaginale, une IRM. Les patientes devant ou ayant bénéficié d'une chirurgie ont eu une écho-endoscopie rectale.

2.2.2.1 Critères d'inclusion

Le diagnostic d'endométriose aura été préalablement posé soit par un examen clinique, soit par un examen paraclinique (échographie pelvienne, IRM) soit par cœlioscopie.

Les critères d'inclusion étaient :

- les patientes n'ayant pas eu de cœlioscopie pour confirmer l'endométriose car les examens complémentaires ont une grande spécificité pour le diagnostic
- les patientes ayant déjà eu un traitement médical ce qui permettra d'évaluer l'effet additionnel du traitement ostéopathique au traitement médical
- les patientes âgées de plus de 18 ans et non ménopausées
- les patientes ayant eu une hystérectomie avec conservation des ovaires

2.2.2.2 Critères d'exclusion

- Les patientes de moins de 18 ans et les patientes ménopausées ne seront pas incluses.
- Les patientes ayant eu une hystérectomie avec une annexectomie bilatérale seront exclues.

2.2.3 Variables étudiées

2.2.3.1 Variables quantitatives

- Degré de la douleur
- Caractéristiques de la douleur

- type et localisation
- période d'apparition dans le cycle
- degré de soulagement post traitement ostéopathique
- Symptômes et signes cliniques

2.2.3.2 Variables qualitatives

- Identification des zones en restriction de mobilité au niveau des régions lombo abdominale et bassin
- Qualité de vie :
 - retentissement physique : activités, santé physique, douleur physique, santé générale, vitalité (énergie/fatigue physique)
 - retentissement psychologique et émotionnel : fonctionnement ou bien-être social, santé mentale
- Données épidémiologiques des patientes

Nous étudierons l'âge des patientes, leur parité, leur niveau socio-économique, leur mode de vie, la consommation de tabac et la présence de troubles de l'anxiété. Nous préciserons les antécédents familiaux d'endométriose, les antécédents médicaux, chirurgicaux et gynécologiques (âge à la puberté, caractéristiques des cycles menstruels, durée des règles...). Nous nous intéresserons aussi aux antécédents obstétricaux (mode et survenue des grossesses, spontanée ou après techniques d'assistance médicale à la procréation, nombre de grossesses extra utérines, de fausses couches spontanées, d'IVG ou IMG par curetage, le mode d'accouchement, de la délivrance et la présence ou non d'une épisiotomie).

Enfin, nous étudierons l'histoire de la maladie endométriosique : âge au diagnostic, prise en charge thérapeutique (traitement médical, chirurgical) et évolution.

2.2.4 Descriptif des séances ostéopathiques

L'étude a débuté après avoir recueilli par courrier le consentement des patientes pour participer à l'étude (Annexe 6) ainsi que leur consentement au traitement ostéopathique effectué par l'étudiant dans le cadre de son mémoire (Annexe 7).

Quatre questionnaires SF36 sont adressés à chacune des patientes en amont de l'étude afin qu'elle le complète avant chaque séance, ceci nous permettra d'évaluer, au fil des séances, l'impact du traitement ostéopathique sur leur qualité de vie.

Nous respecterons le délai de 3 semaines à un mois entre les séances.

Un entretien téléphonique avec chaque patiente sera effectué un mois après la dernière séance afin d'évaluer l'impact du traitement ostéopathique sur la douleur et sur les signes cliniques ressentis.

2.2.4.1 Séance N°1

C'est une prise de contact avec la patiente, elle comprend une anamnèse détaillée afin de situer la patiente dans son environnement, de connaître précisément ses antécédents familiaux et personnels, ainsi que l'histoire de la maladie endométriosique. L'anamnèse nous permet aussi de définir le motif de consultation et d'établir un bilan de santé du jour.

Des tests ostéopathiques seront effectués afin de déterminer les zones en restriction de mobilité traduisant d'éventuelles dysfonctions ostéopathiques en lien avec l'endométriose. Puis un protocole de corrections sera appliqué afin de lever les dysfonctions.

Les tests et techniques de corrections ostéopathiques seront détaillés dans un chapitre à part.

2.2.4.2 Séances N°2 et N°3

Nous procéderons à une anamnèse afin de connaître d'éventuels évènements s'étant produits depuis la séance précédente (traumatismes physiques ou évènements personnels), de déterminer le motif de consultation et d'établir le bilan de santé du

jour. Cette anamnèse permettra aussi d'évaluer les effets de la séance précédente sur les douleurs et les signes cliniques liés à l'endométriose.

Des tests ostéopathiques seront effectués afin de déterminer les zones en restriction de mobilité traduisant d'éventuelles dysfonctions ostéopathiques en lien avec l'endométriose. Puis un protocole de corrections sera appliqué afin de lever les dysfonctions.

2.2.4.3 Un mois après le traitement final

Un entretien téléphonique sera effectué auprès de chaque patiente un mois après la dernière séance afin d'évaluer l'impact du traitement ostéopathique sur la douleur et sur les signes cliniques ressentis.

2.2.5 Protocole de tests [19]

Les tests effectués durant notre étude viseront à une prise en charge globale de la patiente et non de la pathologie « endométriose ».

La progression des techniques de tests se traduira par une écoute des unités fonctionnelles allant du plus global vers le spécifique : tests d'abord global par unité fonctionnelle, tests loco régionaux puis tests segmentaires pour rechercher la ou les restrictions de mobilité au sein du tissu conjonctif

2.2.5.1 Test d'abord global

Schématiquement le corps est découpé en unités fonctionnelles qui seront testées successivement par un test d'abord global.

Il est décrit sept unités fonctionnelles réparties par régions anatomiques : la région crâne, la région cervicale, la région membre supérieur, la région dorso-thoracique, la région lombo-abdominale, la région bassin et enfin la région membre inférieur (Figure 2-2).

Le test d'abord global d'une unité fonctionnelle se fait selon le modèle du test d'écoute et du test tissulaire précédemment décrits dans les techniques de palpation fasciale au chapitre 1.4.2 (p.28)

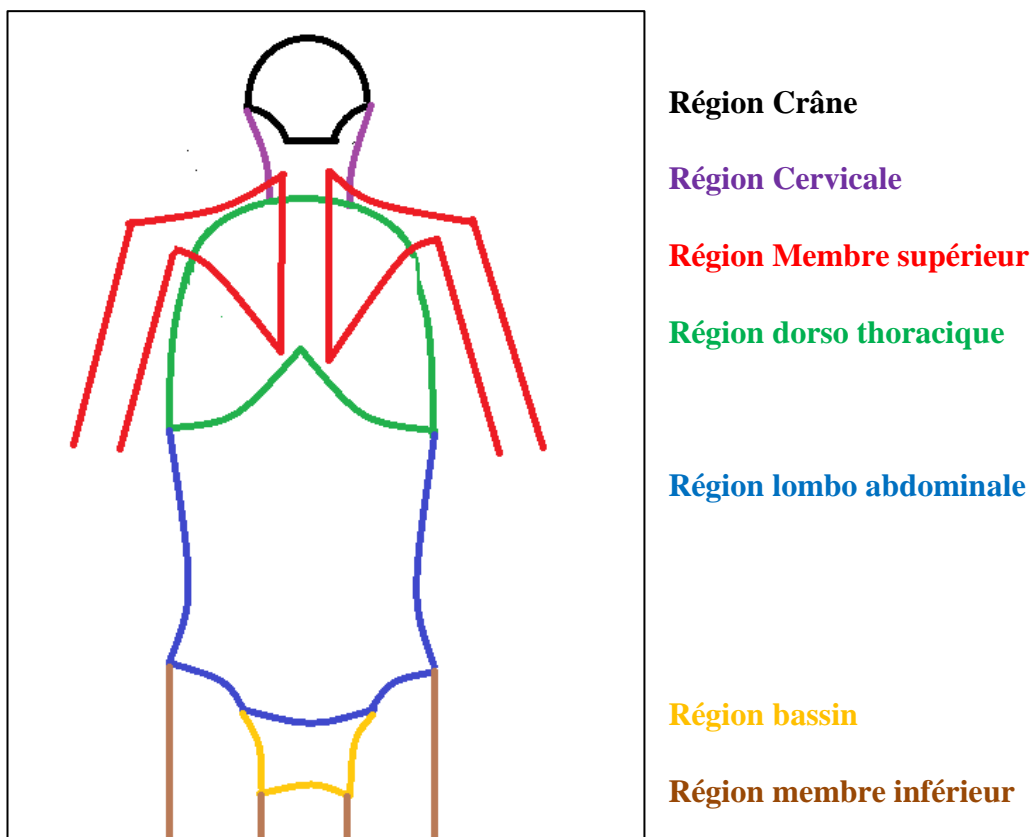


Figure 2-2 : Schématisation des différentes Unités Fonctionnelles

2.2.5.2 Test locorégional

Les unités fonctionnelles volumineuses comme la région lombo-abdominale, ou celles particulièrement complexes comme la région bassin, peuvent être divisées en sous-régions qui seront testées plus spécifiquement grâce au test locorégional.

Il suit la même procédure que le test d'abord global sauf que l'intention se limite à une sous-partie de l'unité fonctionnelle testée.

2.2.5.3 Test segmentaire

On le pratique de manière très spécifique lorsqu'on a investigué toutes les unités fonctionnelles.

On teste la relation fasciale qui existe entre une structure A et une structure B. Ces structures peuvent appartenir ou non à un même élément de l'anatomie générale décrite au chapitre 1.3.4 (p.26). Elles peuvent être très proches comme très éloignées.

La forme de la dysfonction est très variable. Elle peut être très punctiforme ou linéaire comme une corde ou très plane comme une nappe, mais le plus souvent la dysfonction occupe un espace tri dimensionnel, un volume comme un cylindre.

Durant notre étude et après avoir procédé aux protocoles de tests comme décrits ci-avant, l'unité fonctionnelle lombo-abdominale et l'unité fonctionnelle bassin ont été les deux régions présentant des zones en restriction de mobilité du tissu conjonctif en plus grand nombre. C'est pourquoi nous nous limiterons à ces deux régions pour la suite de notre travail.

Description de l'anatomie générale des Unités Fonctionnelles Lombo-Abdominale et bassin :

- Unité Fonctionnelle Lombo-Abdominale (UFLA) :
 - Fascia superficialis : intérêt en cas de cicatrices de laparotomie ou chirurgie abdominale
 - Aponévroses externes axiales : muscles spinaux, vertèbres lombaires, carré des lombes et abdominaux, coupoles diaphragmatiques
 - Aponévroses appendiculaires : muscle grand dorsal
 - Aponévroses internes : fascia transversalis (plan de clivage entre aponévrose du muscle transverse et le péritoine pariétal)
 - Unité conjonctive centrale (UCC) : psoas, reins, graisse péri rénale, piliers du diaphragme et centre phrénique
 - Dure mère

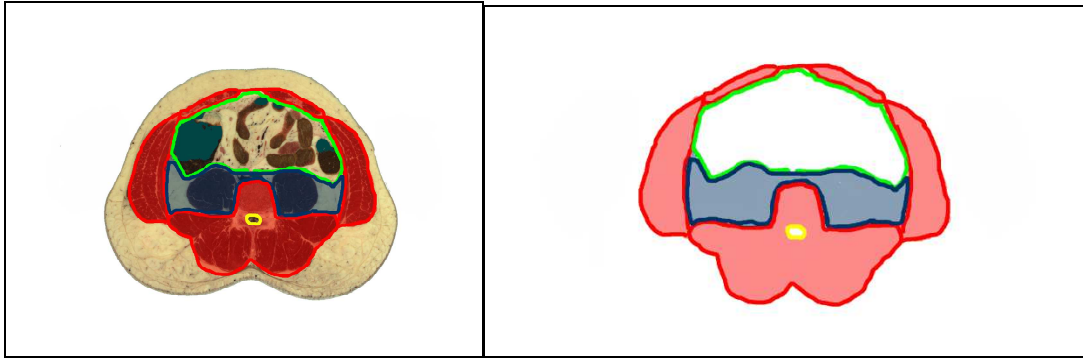


Figure 2-3 : UF Lombo abdominale : coupe transversale et schématisation des fascias

- Unité Fonctionnelle Bassin (UFB) :
 - Fascia superficialis : intérêt dans le cas de cicatrice de césarienne
 - Aponévroses externes axiales : muscles spinaux, muscles abdominaux, sacrum, grand ligament sacro-sciatique, la symphyse pubienne, arcade crurale. Le diaphragme pelvien fait partie des aponévroses externes axiales, il comprend le muscle releveur de l'anus (en relation avec les compartiments de l'espace pelvien sous péritonéal : vésical en avant, génital au milieu et digestif en arrière), le muscle pyramidal (en relation avec le compartiment génital et digestif) et la membrane obturatrice (en relation avec le compartiment vésical et génital).
 - Aponévroses appendiculaires : la limite entre système axial et système appendiculaire est formée par la crête iliaque, l'arcade crurale, la branche ischio-pubienne, l'ischion, le grand ligament sacro-sciatique et la crête sacrée.
 - Aponévroses internes : cloisonnement de l'espace pelvien sous péritonéal qui donne un espace antérieur vésical, espace moyen génital et un espace postérieur rectal. C'est aussi, le système ligamentaire avec le ligament large et les lames sacro recto génito vésico pubienne (LSRGVP)
 - Unité conjonctive centrale (UCC) : la ligne innominée est une densification de l'UCC

- Dure mère

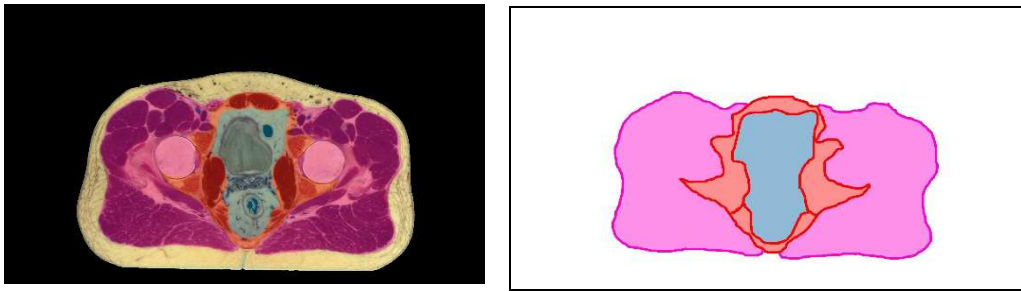


Figure 2-4 : UF Bassin : coupe transversale et schématisation des fascias

2.2.6 Protocole de corrections

- Généralités

Le principe d'une technique de correction est d'amener la quantité d'énergie nécessaire et suffisante qui permette de franchir une barrière tissulaire. La barrière tissulaire manifeste l'altération de la micro-mobilité normale de la structure.

Dans le cadre des techniques fasciales de libération conjonctive, cette énergie est interne et involontaire, c'est celle du mécanisme respiratoire primaire (MRP) décrit au chapitre 1.4.3 (p.29).

- Techniques de correction par équilibre et échanges réciproques

C'est une technique s'adressant à la relation fasciale qui existe entre deux structures.

Le principe de la technique est d'accompagner les deux structures dans une position d'équilibre réciproque, position dans laquelle l'une n'a plus d'influence sur l'autre et inversement. C'est dans cette position, appelée « still point » ou « point d'immobilité » que l'homéostasie va pouvoir se manifester. C'est également dans cette position que l'énergie du mécanisme respiratoire primaire va pouvoir libérer l'eau qui était liée aux glyco amino glycane (GAG) de la substance fondamentale du tissu conjonctif. La substance fondamentale devient moins visqueuse, elle retrouve une meilleure qualité de communication propice aux échanges réciproques entre les deux structures.

Notre choix s'est porté sur cette technique de correction lors de notre étude.

En pratique, le praticien positionne ses mains à chaque extrémité de la structure fasciale qu'il veut corriger. Par une légère mise en tension il crée un lien entre ses mains, il s'adresse à la relation fasciale qui existe entre ces deux extrémités.

Il accompagne alors ce lien fascial à la recherche d'équilibre tridimensionnel, il propose un chemin, le tissu en dispose jusqu'à l'endroit où les deux extrémités n'ont plus d'influence l'une sur l'autre : c'est le still point.

Ensuite, par une attitude de fulcrum, de neutralité, il sera attentif à l'expression du MRP dans ce still point. Le MRP se manifeste par une sensation de gonflement immédiatement suivi d'un retour, comparable au flux et au reflux d'une vague. Puis au bout d'un certain nombre de flux et de reflux à chaque fois plus puissants, le praticien percevra une nouvelle vague plus ample que les autres. Elle entraîne une impression d'imprégnation de tout le tissu, de liquéfaction de la structure qu'il a entre ses mains. L'eau liée s'est transformée en eau libre, la substance fondamentale a changé ses qualités rhéologiques et fonctionnelles, elle est devenue plus fluide, plus mobile et plus communicante. C'est le temps de correction [19, 24]

Il faut préciser qu'au fil de l'étude, j'ai acquis avec l'aide de ma tutrice de mémoire, une main plus experte et une palpation plus fine, ce qui m'a permis de ressentir les attirances fasciales avec plus de précision. Ceci peut d'ailleurs s'analyser au vu de l'évolution des zones en restriction de mobilité retrouvées lors des tests segmentaires entre la 1^{ère} et la dernière séance.

3 Résultats

3.1 Données épidémiologiques des patientes

	Age	Parité	Activité professionnelle	Loisirs/sport
Patiente 1	32	1	Assistante dentaire	Rugby, boxe Prendre temps avec son fils
Patiente 2	44	3	Sage-Femme Enseignante	Course à pied (2x/sem, 7-10km) Vélo 2x/sem Jardinage
Patiente 3	33	3	Secrétaire domicile	Vélo elliptique (2x/sem)

Figure 3-1 : Tableau des Caractéristiques personnelles

Les patientes exercent toutes une activité professionnelle, pour les trois cette activité est plutôt sédentaire, cependant elles pratiquent toutes une activité sportive régulière.

	Antécédents Familiaux endométriose	Antécédents médicaux	Antécédents Chirurgicaux
Patiente 1	0	Troubles anxiété / stress/travail Tabac 5/jour	2008 : Césarienne
Patiente 2	0	Troubles anxiété / stress/travail Allergie alimentaire Migraine depuis âge 15 ans Tabac = 0	2001 : Cœlioscopie/résection kystes endométriose (KE) 2009 : Césarienne
Patiente 3	0	Tabac = 0	0

Figure 3-2 : Tableau des antécédents généraux

- Médicaux :

Deux patientes sont sujettes au stress et décrivent des troubles de l'anxiété.

Deux patientes ne consomment pas de tabac et une consomme moins de 5 cigarettes par jour (Patiente 1).

- Familiaux :

Aucun antécédent familial d'endométriose n'est retrouvé chez ces patientes.

	Antécédents Gynécologiques	Antécédents Obstétricaux
Patiente 1	Puberté : 10 ans Cycles menstruels réguliers Abondance règles normale Dysménorrhées : depuis puberté, 2ème-3ème jour des règles Contraception orale depuis 3 ans Troubles fertilité = 0	2008 : césarienne, sans complication
Patiente 2	Puberté : 11 ans Cycles menstruels réguliers Abondance règles normale Dysménorrhées : depuis puberté, 2ème-3ème jour des règles Contraception DIU mais métrorragies durant tout le cycle 2001 : Troubles fertilité	1997 : grossesse spontanée, accouchement voie basse (VB), délivrance artificielle, épisiotomie 2002 : grossesse après Enantone (traitement endométriose), épisiotomie 2009 : grossesse spontanée césarienne
Patiente 3	Puberté : 8 ans Cycles menstruels réguliers Abondance règles normale Dysménorrhées = 0 jusqu'en 2010 Contraception = 0 Troubles fertilité = 0	2004 : grossesse spontanée, VB, épisiotomie, expression utérine +++ 2008 : grossesse spontanée, VB, déchirure vaginale simple 2010 : grossesse spontanée, VB

Figure 3-3 : Tableau des antécédents gynécologiques et obstétricaux

- Gynécologiques

Toutes les patientes ont eu une puberté précoce, néanmoins on retrouve des cycles réguliers et des règles d'abondance normale chez chacune d'elles.

Les trois patientes ont utilisé au moins une contraception orale oestro-progestative comme moyen contraceptif.

Une patiente décrit des troubles de la fertilité mais après une grossesse de survenue spontanée. (Patiente 2)

Les deux autres patientes ont été enceintes spontanément pour chacune de leurs grossesses.

- Obstétricaux :

Deux patientes ont chacune 3 enfants et l'autre patiente n'a qu'un enfant (Patiente 1).

Une patiente a accouché par voie basse pour ses trois enfants, avec une épisiotomie (Patiente 3).

Une patiente a accouché deux fois par voie basse avec épisiotomie (une délivrance artificielle au 1^{er} accouchement) puis par césarienne (Patiente 2).

La troisième patiente a eu un seul enfant né par césarienne (Patiente 1).

	Age diagnostic	Signes d'appel	Examens complémentaires/ Diagnostic	Prise en charge	Localisation des kystes endométriose	Caractéristiques douleurs secondaires
Patiente 1	30ans (2014)	Dysménorrhées 2-3 ^{ème} jour règles Métrorragies abondantes	Echographie IRM	2014 à 2016 : - Pilule contraceptive (Cérazette)	Trompe gauche Cul de sac de Douglas	Douleur fosse iliaque gauche (FIG) Lombalgie Fatigue chronique Métrorragies Congestion Pesanteur
Patiente 2	31ans (2001)	Troubles fertilité Dysménorrhées 2-3 ^{ème} jour règles	Echographie recto-anale IRM	Chirurgie : résection KE	Rectum Cul de sac Douglas Ligament large gauche	Dyspareunie Défécation douloureuse Métrorragies Congestion Pesanteur
Patiente 3	28 ans (2010)	Dysménorrhées 2-3 ^{ème} jour règles Métrorragies	Echographie IRM	2010 – 2015 : - Alternance TRT médicamenteux (pilule, DIU Mirena, Esmya, Androcur	Ovaire gauche Trompe gauche	Dyspareunie Métrorragies Saignements prémenstruels anus Douleur petit bassin Lombalgie Congestion Pesanteur

Figure 3-4 : Tableau : Histoire de la maladie

Toutes les patientes ont entre 28 et 31 ans lors de la découverte de l'endométriose.

Les signes cliniques d'appel évoquant une endométriose étaient pour les trois patientes des dysménorrhées ressenties au 2^{ème} et 3^{ème} jour des règles et des métrorragies abondantes.

Les examens complémentaires ayant permis de poser le diagnostic d'endométriose ont été pour toutes les patientes une échographie et une IRM, mais une seule patiente a eu une cœlioscopie exploratoire (Patiente 2).

L'endométriose a été découverte depuis moins de 5 ans pour deux patientes, pour l'autre patiente le diagnostic a été posé il y a 15 ans (Patiente 2).

L'endométriose est localisée chez les trois patientes au niveau d'organes pelviens situés à gauche.

La topographie des kystes endométriosiques est variée, néanmoins on retrouve chez toutes les patientes une atteinte de la trompe, de l'ovaire et du ligament large à gauche. Deux patientes ont aussi une atteinte au niveau du cul de sac de Douglas (Patientes 1 et 2). Deux patientes ont une atteinte au niveau du rectum et du sigmoïde (Patientes 1 et 2).

Les signes cliniques autres que des dysménorrhées (douleurs durant les règles) et des métrorragies (saignements en dehors des règles) lors du diagnostic d'endométriose étaient des dyspareunies (douleurs au rapport sexuel), des lombalgies, des saignements prémenstruels et une fatigue chronique pour toutes les patientes. Une seule décrivait aussi une dyschésie (défécation douloureuse) (Patiente 2).

3.2 Symptômes et signes cliniques des patientes à l'étude

Au moment de l'étude les trois patientes décrivaient des signes cliniques communs comme des dysménorrhées surtout au 2^{ème} et 3^{ème} jour des règles, des lombalgies et une fatigue chronique.

Deux patientes décrivaient des dyspareunies (douleurs lors des rapports sexuels) (Patientes 2 et 3).

Une patiente avait des dyschésies (Patiente 2) et une autre des douleurs abdominales et des saignements prémenstruels (Patiente 3).

Les dysménorrhées, les lombalgies, les dyspareunies et la dyschésie ont été évaluées par l'EVA chez chacune des patientes. L'évolution des EVA sera retranscrite sous forme de diagrammes dans le chapitre concernant la douleur des patientes (chapitre 3.4)

Les métrorragies décrites en début d'étude ont diminué chez 2 des 3 patientes allant jusqu'à disparaître (Patientes 1 et 2).

Toutes les patientes décrivent des sensations à type de congestion et de pesanteur au niveau du petit bassin. A l'issue des trois séances une disparition de ces sensations chez les trois patientes est notée.

La fatigue chronique est un des signes qui s'améliore nettement à l'issue des trois séances chez toutes les patientes.

3.3 Zones en restriction de mobilité au niveau des unités fonctionnelles lombo abdominale et bassin (UFLA et UFB)

Test segmentaire	Séance 1	Séance 2	Séance 3
Patiente 1	UFLA : centre phrénique, pilier diaphragme-rein gauches-sigmoïde	UFLA : ACG, coupole diaphragmatique gche-estomac UFB : sigmoïde-rectum-culdesacde Douglas	UFB : utérus-vessie, mb obturatrice, ligt large gche (uterus-trompe-ovaire)
Patiente 2	UFLA : sigmoïde (racine verticale) UFB : lame SRGVP	UFLA : sigmoïde-psoas gche UFB : lame SRGVP, culdesacde Douglas, ligt large gche (uterus-trompe-ovaire)	UFLA : coupole et pilier diaph. gche- estomac UFB : ligt rond (utérus-SP), utérus-vessie, mb obturatrice
Patiente 3	UFB : ligt large droite	UFLA : fascia Toldt gche- colon gche-ACG, sigmoïde UFB : ovaiertrompe gches-utérus-ligt large gche-cul de sac de douglas	UFLA : ligt gastro colique-coupole et pilier diaph. gche UFB : ligt large gche (uterus-trompe-ovaire), ligt rond (uterus-SP), mb obturatrice

Figure 3-5 : Tableau : zones en restriction de mobilité lors du test segmentaire

Ce tableau décrit les différentes zones en restriction de mobilité consécutives à d'éventuelles dysfonctions ostéopathiques en lien avec l'endométriose retrouvées lors du test segmentaire. Le protocole de corrections par techniques d'équilibre et

d'échanges réciproques précédemment décrit a été appliqué afin de lever ces dysfonctions.

3.4 Douleur des patientes

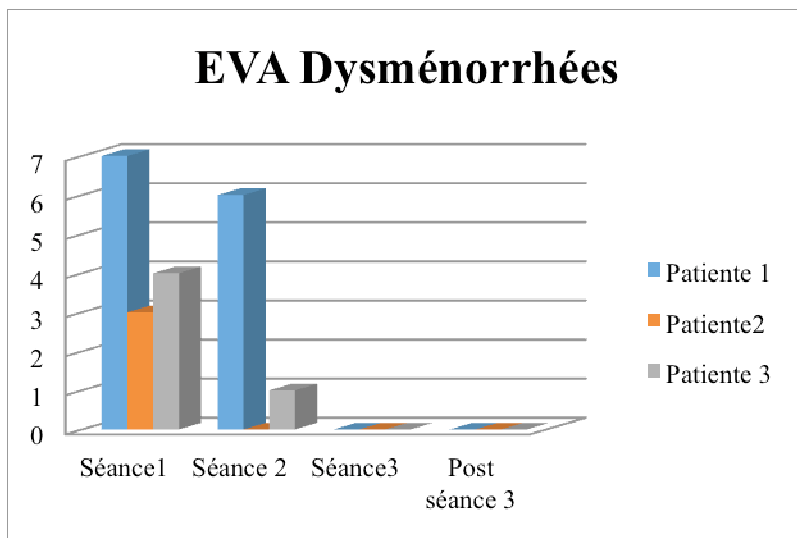


Figure 3-6 : Evolution des dysménorrhées après application du protocole de corrections par EER

Une diminution puis la disparition totale des dysménorrhées chez les 3 patientes entre la 1^{ère} et la 3^{ème} séance sont constatées et aussi 1 mois après l'arrêt du traitement ostéopathique.

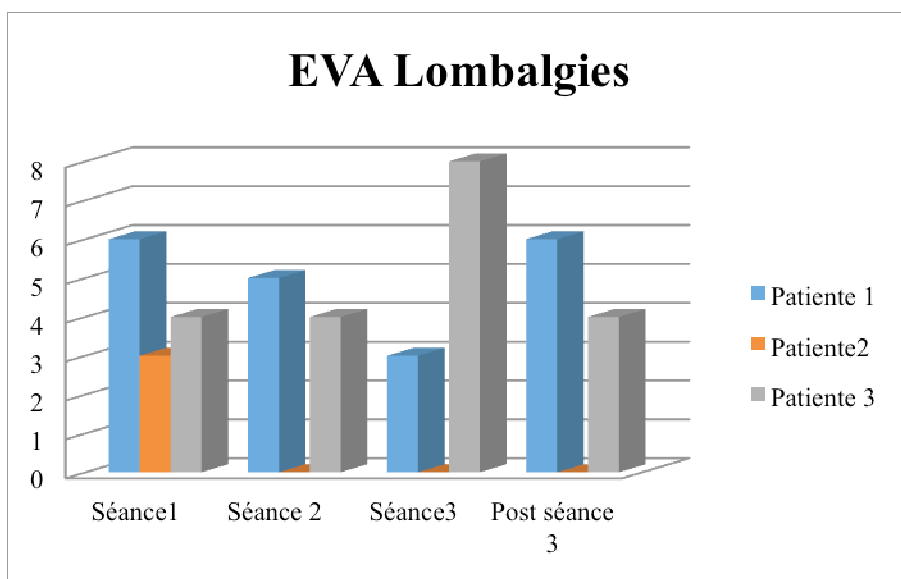


Figure 3-7 : Evolution des lombalgies après application du protocole de corrections par EER

La figure 3-7 montre la disparition totale des lombalgies pour la patiente 2 dès la 1^{ère} séance, même après l'arrêt du traitement ostéopathique. Une diminution des lombalgies entre la 1^{ère} et la 3^{ème} séance est visible chez la patiente 1 mais les signes réapparaissent un mois après l'arrêt du traitement ostéopathique.

L'évolution des lombalgies est inconstante chez la patiente 3, néanmoins l'intensité de la douleur est identique entre la 1^{ère} séance et à un mois post traitement ostéopathique.

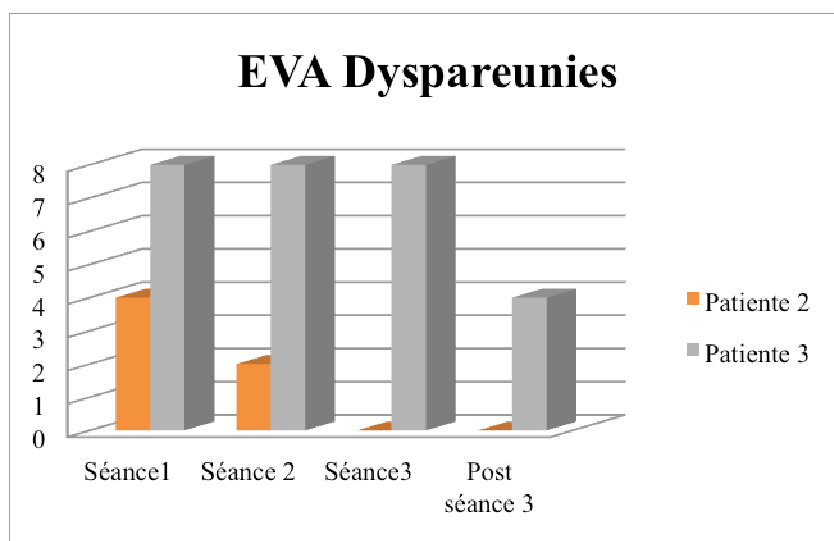


Figure 3-8 : Evolution des dyspareunies après application du protocole de corrections par EER

Seules 2 patientes décrivaient des dyspareunies au début de l'étude. La disparition totale de ces dyspareunies chez la patiente 2 et une nette amélioration chez la patiente 1 et ce jusqu'à un mois après le traitement ostéopathique est à remarquer.

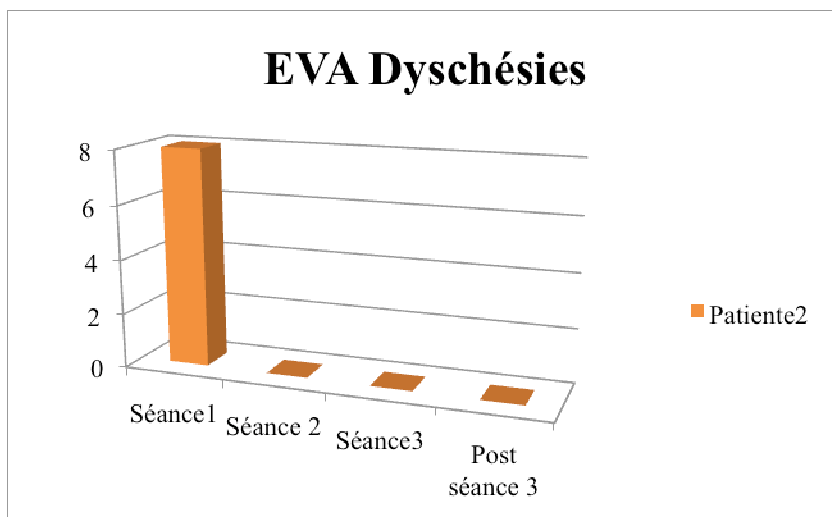


Figure 3-9 : Evolution de la dyschésie après application du protocole de corrections par EER

Seule la patiente 2 décrivait des dyschésies au début de l'étude, on note la disparition totale de ces dyschésies et ce jusqu'à un mois après le traitement ostéopathique.

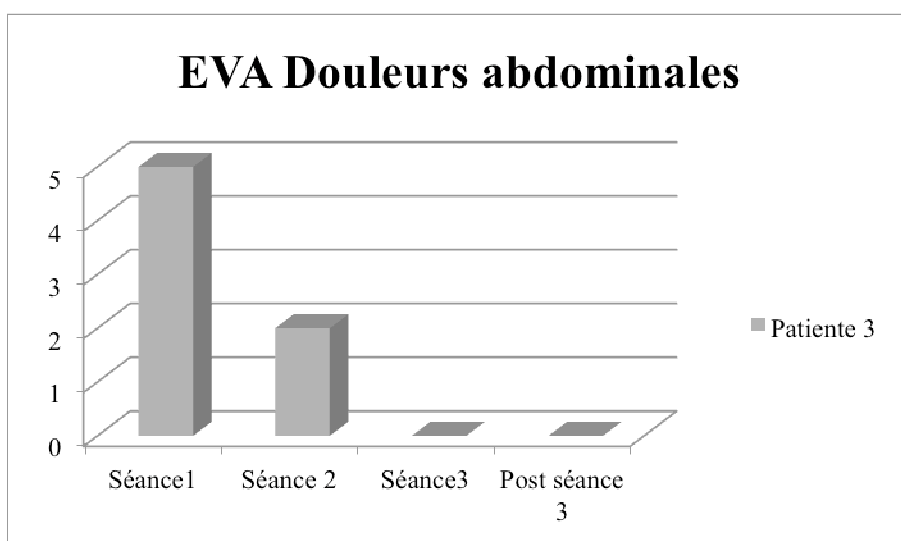


Figure 3-10 : Evolution des douleurs abdominales après application du protocole de corrections par EER

Seule la patiente 3 décrivait des douleurs abdominales au début de l'étude. La disparition totale de ces douleurs et ce jusqu'à un mois après le traitement ostéopathique est à noter.

3.5 Qualité de vie des patientes

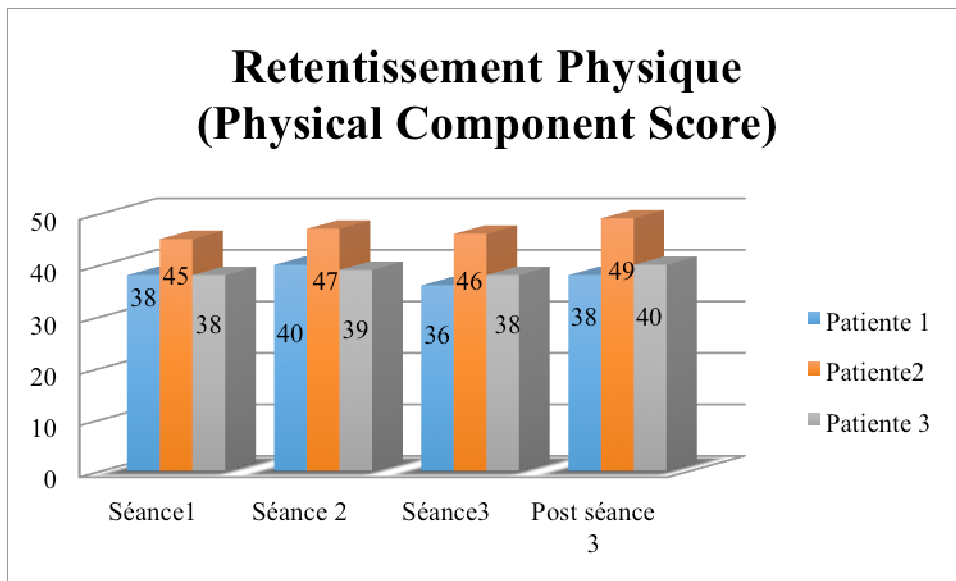


Figure 3-11 : Evolution du PCS après application du protocole de corrections par EER

Un score total du PCS égal à 56 signifierait que l'endométriose n'entraîne aucun retentissement d'ordre physique chez la patiente.

La figure 3-11 montre une amélioration à 1 mois après le traitement, de la santé physique des patientes 2 et 3. Néanmoins cette amélioration est plus importante chez la patiente 2.

La santé physique de la patiente 1 n'a pas varié du début de l'étude jusqu'à un mois après la fin du traitement.

Retentissement Psycho Emotionnel (Mental Component Score)

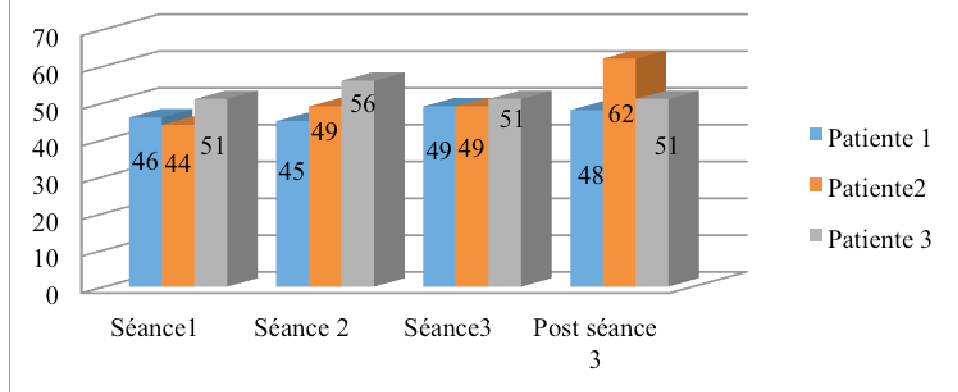


Figure 3-12 : Evolution du MCS après application du protocole de corrections par EER

Un score total du MCS égal à 74 signifierait que l'endométriose n'entraîne aucun retentissement d'ordre psycho-émotionnel sur la patiente.

La figure 3-12 montre une nette amélioration de la santé mentale chez la patiente 2 et une faible amélioration pour la patiente 1. Aucun changement n'est à noter pour la patiente 3.

4 Analyse des résultats

4.1 Données épidémiologiques des patientes

4.1.1 Caractéristiques socioéconomiques et antécédents (figures 3-1, 3-2, 3-3)

La sédentarité professionnelle des 3 patientes pourrait expliquer leur terrain endométriosique. Cependant elles pratiquent toutes une activité physique régulière, facteur protecteur de l'endométriose selon certaines études. Nous ne pouvons donc établir un lien certain entre le mode de vie et la pathologie des trois patientes incluses à l'étude.

Les patientes ne consomment pas ou très peu de tabac, et il a été démontré que le tabac diminuerait le risque de développer une endométriose grâce à son effet antioestrogénique. On peut toutefois s'interroger sur la gravité des effets délétères du tabac sur la santé et le bénéfice apporté sur les risques d'endométriose.

Il est décrit qu'un terrain familial d'endométriose chez les filles ou les sœurs atteintes est souvent retrouvé chez les patientes endométriosiques, ce n'est pourtant pas le cas des 3 patientes participant à l'étude.

Les caractéristiques du cycle menstruel des femmes endométriosiques sont des cycles courts, des règles de longue durée et d'abondance élevée, mais aucune de ces caractéristiques n'est retrouvée chez les 3 patientes. Il est par contre décrit une puberté précoce chez les patientes atteintes d'endométriose, cette caractéristique est commune à toutes les patientes de l'étude.

De nombreuses études ont montré que l'endométriose est souvent à l'origine de troubles de la fertilité, or une seule patiente sur les trois a été exposée à des problèmes de stérilité.

Il est aussi décrit dans la littérature que plus la parité (nombre d'enfants) est faible plus le risque de développer de l'endométriose est important. En effet, l'endométriose a été diagnostiquée chez 2 patientes après le 1^{er} enfant.

Toutes les patientes incluses dans l'étude ont eu des accouchements suivis de gestes iatrogènes comme une délivrance artificielle (geste endo-utérin), une épisiotomie (cicatrice périnéale) ou une césarienne (extraction par voie haute de l'enfant). Il a été montré dans certaines études que ce type de gestes serait pourvoyeur d'aggravation de l'extension des kystes endométriosiques préexistants et peut être encore méconnus.

L'analyse de ces résultats montre des caractéristiques communes aux trois patientes de l'étude rentrant totalement dans le tableau d'endométriose telle qu'elle peut être décrite dans la littérature, néanmoins nous retrouvons de nombreux signes et caractères non transférables à la pathologie.

4.1.2 Histoire de la maladie (figure 3-4)

Nous savons que les manifestations cliniques de l'endométriose sont des douleurs pelviennes chroniques (DPC) qui amènent les patientes à consulter. Ces signes cliniques sont la dysménorrhée au 2^{ème} et 3^{ème} jour des règles, la dyspareunie, la dyschésie et des métrorragies abondantes. Seules la dysménorrhée et les métrorragies sont communes aux trois patientes, ce qui montre encore la grande diversité de profils des patientes atteintes d'endométriose.

Comme décrit dans la littérature, le diagnostic d'endométriose a été posé chez ces trois patientes entre 28 et 31 ans. Ceci confirme la théorie de l'influence de l'imprégnation oestrogénique dans l'apparition de l'endométriose.

La topographie des kystes endométriosiques est disparate chez les trois patientes. Néanmoins une atteinte de la trompe, de l'ovaire et du ligament large à gauche ainsi que du cul de sac de Douglas a été retrouvée chez toutes les patientes. Nous pouvons corréler cette topographie à la littérature et aux études montrant que les dysménorrhées signeraient une infiltration des nerfs sous péritonéaux de la paroi digestive et vésicale avec atteinte des ligaments utérosacrés, larges et lombosacrés.

4.2 Evolution des signes cliniques et de la douleur

Dans ce chapitre nous tenterons de montrer d'une part, s'il existe un lien entre les zones en restriction de mobilité retrouvées lors des tests segmentaires (figure 3-5) et la topographie des endométriomes et d'autre part, si l'évolution des signes cliniques et de la douleur des patientes pourrait être corrélée au traitement ostéopathique par EER de ces mêmes zones en dysfonction.

- La figure 3-5 décrivant les zones en restriction de mobilité retrouvées lors des tests segmentaires montre qu'il existe un lien entre la localisation des kystes endométriosiques et les zones en dysfonction, notamment dans l'unité fonctionnelle bassin (UFB). En effet, les tests segmentaires ont retrouvé une restriction de mobilité au niveau de la trompe, l'ovaire, le ligament large à gauche et le cul de sac de Douglas chez les 3 patientes, zones sur lesquelles sont retrouvés des endométriomes. De plus, chez les 2 patientes atteintes d'endométriose au niveau du rectum et du sigmoïde, ces mêmes zones en dysfonction sont retrouvées lors des tests segmentaires, notamment la lame sacro-recto-génito-vésico-pubienne (LSRGVP). Ainsi, comme décrit dans la littérature, les adhérences induites par l'endométriose rendent le tissu fibreux dense et épais, et s'accompagnent de rétractions. Ce sont ces rétractions qui créent la restriction de mobilité ressentie aux différents tests segmentaires de l'UFB.
- Néanmoins, on peut noter lors des tests segmentaires chez les 3 patientes, l'existence de dysfonctions au niveau du diaphragme thoracique (coupole et piliers gauches) et de la membrane obturatrice (appartenant au diaphragme périnéal). Or, ces zones n'étant pas atteintes de tissu endométriosique. Nous pourrions émettre l'hypothèse d'une conséquence de la restriction de mobilité causée par les kystes au niveau du petit bassin et donc située entre les 2 diaphragmes, sur la fonction de pompage de ces diaphragmes, les mettant ainsi en dysfonction.
- L'étude montre aussi que les dysménorrhées (figure 3-6) et les métrorragies ont disparu chez toutes les patientes, or le protocole de corrections par EER a

été appliqué à l'utérus et à l'ovaire par l'intermédiaire du ligament large chez les 3 patientes au cours d'une des 3 séances. La littérature établit un lien entre, les fonctions hormonale et mécanique de ces organes lors du cycle menstruel et les signes cliniques comme les dysménorrhées et les métrorragies. Ainsi, le fait que le traitement ostéopathique puisse rétablir la mobilité de l'utérus et de l'ovaire pourrait expliquer la disparition de ces signes cliniques.

- Les figures 3-8 et 3-9 montrent la disparition totale des dyspareunies et des dyschésies chez les patientes atteintes de ces troubles. Or, chez ces patientes le traitement a été orienté sur le côlon sigmoïde et sur la LSRGVP. Nous pourrions établir un lien entre les insertions sacrées de la racine secondaire du sigmoïde et de la LSRGVP avec les dyspareunies ou dyschésies. Ainsi, la disparition des signes cliniques pourrait être due au traitement ostéopathique qui a redonné de la mobilité au sigmoïde et à la LSRGVP.
- La figure 3-7 indique une amélioration des lombalgies chez deux patientes, voire la disparition pour l'une d'elles après l'application du protocole de corrections sur la zone du sigmoïde. Nous pourrions nous référer à l'insertion pariétale du méso-sigmoïde située au niveau des disques intervertébraux de L4 et L5 (4^{ème} et 5^{ème} vertèbre lombaire) pour expliquer les lombalgies ressenties par les patientes en cas de dysfonction. Ainsi c'est en redonnant de la mobilité à cette zone que nous pourrions expliquer ces améliorations cliniques.
- Enfin, la figure 3-10 montre la disparition totale des douleurs abdominales décrites par une seule patiente et ce jusqu'à un mois après le traitement ostéopathique. Or ce traitement a été orienté sur le fascia de Toldt, l'angle colique et le colon gauches. Cette amélioration clinique pourrait s'expliquer par la levée de la dysfonction au niveau de ces zones par le protocole d'EER.

4.3 Evolution de la qualité de vie

Concernant le PCS et le MCS, l'étude a montré une amélioration pour 2 des 3 patientes, ceci laisse à penser que le simple fait, de les écouter attentivement, de considérer leur souffrance et d'en tenir compte dans notre prise en charge pourrait impacter sur la qualité de vie des patientes (figures 3-11 et 3-12).

De plus, l'amélioration globale des douleurs chroniques par le traitement ostéopathique influence aussi la qualité de vie des patientes. En effet, chez la patiente 2, cette amélioration est la plus marquée et c'est aussi pour elle que l'amélioration de la qualité de vie physique et mentale est la plus importante.

5 Discussion

Notre étude sur l'éventuelle efficacité d'un traitement ostéopathique dans la douleur chronique et la qualité de vie des patientes atteintes d'endométriose nous a permis d'évaluer la place que pourrait avoir l'ostéopathie dans cette pathologie.

Peu d'études sont actuellement disponibles concernant les alternatives thérapeutiques proposées à ces patientes. Une récente méta-analyse évaluant l'efficacité de la médecine chinoise n'a pas permis de conclure à son réel impact sur les douleurs chroniques causées par cette pathologie [26]

De plus, les patientes participant à l'étude avaient toutes reçu un traitement médical et ont relaté la possible persistance de symptômes douloureux, ceci est en corrélation avec les études montrant l'inefficacité relative des thérapeutiques médicales actuellement disponibles [1]

Le traitement chirurgical de l'endométriose ne permet pas toujours l'ablation complète et exhaustive de tous les kystes endométriosiques parfois non visibles, ce qui explique la persistance des douleurs chez les patientes ayant subi cette chirurgie [8].

La population à l'étude présentait des caractéristiques communes concernant la maladie mais de nombreuses différences dans la localisation des kystes endométriosiques et dans les signes cliniques décrits, ce qui pourrait expliquer la disparité de réponses au traitement ostéopathique.

Néanmoins, une meilleure réponse au traitement ostéopathique, tant sur la douleur que sur la qualité de vie, a été relevée chez l'unique patiente de l'étude ayant eu une cœlioscopie exploratoire, seul examen pouvant poser définitivement le diagnostic d'endométriose [12]. La nécessité d'un diagnostic certain posé par cœlioscopie pourrait s'imposer avant de proposer une prise en charge ostéopathique par des techniques fasciales.

Il est intéressant aussi de préciser que pour cette même patiente, le diagnostic d'endométriose a été posé il y a 15 ans (et seulement 5 ans pour les deux autres). On

peut alors se demander si l'ancienneté de la maladie pourrait jouer un rôle du fait d'une certaine acceptation à essayer de nouveaux traitements éventuellement efficaces sur les douleurs chroniques.

Les résultats encourageants de l'étude, notamment sur les douleurs comme les dysménorrhées, dyspareunies et dyschésies, pourraient nous amener à nous demander si le fait que le thérapeute connaisse en amont la localisation des kystes endométriosiques n'interférerait pas dans son choix des zones à traiter ?

Nous pourrions aussi discuter du choix pré défini pour l'étude d'un traitement ostéopathique spécifique ciblé sur les organes du petit bassin et de la région lombo-abdominale par rapport à la pertinence d'un abord global des patientes.

En effet, il est prouvé que l'endométriose est une maladie hormono-dépendante notamment aux œstrogènes qui entraîneraient la prolifération anarchique des cellules de l'endomètre au moment des règles. La menstruation dite « rétrograde » entraînerait la migration de ces cellules via les trompes vers les tissus alentours formant les endométriomes et les adhérences sur les organes colonisés [27]. Un traitement sur l'axe hypothalamo-hypophysaire pourrait être envisagé afin de réguler la fonction hormonale chez ces patientes.

De plus, les différents traitements hormonaux reçus par les patientes (antagonistes de la GnRH, Danazol ou progestatifs de synthèse) peuvent aussi influencer sur la mécanique crânienne notamment sur les membranes de tension réciproque. Un abord de ces zones en restriction de mobilité pourrait s'envisager afin de libérer l'axe cranio-sacré et ainsi, agir à distance sur les douleurs de l'endométriose.

Le pouvoir adhésiogène de l'endométriose pourrait aussi entraîner des désordres et des dysfonctions d'ordre vasculaire. En effet, les restrictions de mobilité retrouvées au niveau des diaphragmes peuvent freiner la bonne circulation des fluides (retour veineux, circulation lymphatique). Un abord global du lien vasculaire pourrait ainsi redonner de la mobilité à l'ensemble des structures en dysfonction.

Enfin, notre étude a mis en évidence que les effets sur les douleurs chroniques du traitement ostéopathique proposé ne durent pas toujours dans le temps. Aussi il pourrait être envisagé une régularité dans la périodicité du traitement ostéopathique comme pour toute prise en charge de la douleur chronique.

Conclusion

L'endométriose est une affection fréquente, touchant une femme sur 10 en âge de procréer. Elle est une cause majeure d'infertilité et affecte grandement la qualité de vie des patientes (70% des femmes déclarent ressentir des douleurs invalidantes).

De plus, les études montrent que les traitements disponibles actuellement et reposant essentiellement sur la privation en œstrogènes restent insatisfaisants et contraignants [1].

C'est pourquoi au travers de ce mémoire, nous avons tenté d'apprécier les effets d'un traitement ostéopathique sur les douleurs et la qualité de vie des patientes atteintes d'endométriose afin d'élargir le champ thérapeutique de cette pathologie.

Pour cela, nous avons utilisé des techniques ciblées sur la libération des adhérences visant à redonner de la mobilité aux organes pelvi-péritonéaux entre eux, et ainsi supprimer si possible les symptômes douloureux. Notre choix s'est porté sur des techniques de libération fasciale par équilibre et échanges réciproques.

L'étude menée sur trois patientes durant 3 cycles menstruels consécutifs, a montré une amélioration globale sur les dysménorrhées, les métrorragies, les dyspareunies et dyschésies. Néanmoins, compte de tenue de la disparité de profil des patientes dans les caractéristiques propres à l'endométriose, la réponse au traitement ostéopathique a été inégale selon les patientes.

L'étude ayant été menée sur 3 patientes et sur 3 cycles consécutifs, il serait intéressant pour prouver l'intérêt d'une prise en charge ostéopathique dans l'endométriose, d'envisager un autre travail incluant une plus large population de patientes et effectuée sur une plus longue période.

Bibliographie

1. C. Daraï 2013, Mémoire IPEO Pantin : Impact des techniques ostéopathiques pelviennes sur la douleur de l'endométriose
2. A. Fauconnier, JB Dubuisson, G.Bréart 2014. Syndrome douloureux de l'endométriose. EMC Elsevier
3. LiliH, Association contre l'endométriose
4. ENDOmind France, Association contre l'endométriose
5. S. Simoens et al 2014. Endométriose et qualité de vie. Revue : Human Reproduction
6. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada SOGC 2005 : Directives pour la prise en charge de l'endométriose. Congrès Info-Endométriose.
7. Association Française de FMC Hépatogastroentérologie 2014 : Douleurs abdomino-pelviennes de la femme.
8. A. Fauconnier et al 2009 : Relation entre endométriose et algie pelvienne. Gynécologie obstétrique et fertilité.
9. Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de Santé AFSSAPS 2005 : Recommandations de bonne pratique : les traitements médicamenteux de l'endométriose génitale
10. JM. Wenger et al 2012 : Place de l'endométriose dans le diagnostic différentiel des douleurs pelviennes chroniques. Revue Medical Suisse
11. Haute Autorité de Santé HAS 2008 : Douleur chronique : reconnaître le symptôme douloureux, l'évaluer et orienter le patient
12. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France CNGOF 2006 : Prise en charge de l'endométriose

13. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France
CNGOF 2005 : Prise en charge pluridisciplinaire de la DPC de la femme.
21^{ème} Journée du CNGOF Paris
14. AT Still- Philosophie et principes de l'ostéopathie. Editions Sully 2003
15. K. Dubocquet 2010- Mémoire Collège de Sutherland Paris : Ostéopathie de
Still et ostéopathie contemporaine
16. AT Still, Ostéopathie- Recherche et pratique. Ed. Sully 2001
17. M. Grimaldi 2008- Le périnée douloureux sous toutes ses formes : apport de
la médecine manuelle et ostéopathie. Journal de gynéco-obstétrique et
biologie de la reproduction
18. C. Ageron Marqué 2006- Endométriose et ostéopathie. Revue Ostéopathie
magasine
19. F. Brière 2013. Techniques de libération conjonctives
20. M. Schuenke USA Mai 2015, 4^{ème} Congrès International de Recherche sur les
fascias. Washington. Revue : Ostéopathe magazine Janvier 2015
21. Paul. R. Lee. Interface : mécanismes de l'esprit en ostéopathie, traduit par
Pierre Tricot. Ed. Sully 2011
22. Pierre Renaudeau DO, 2012. La lésion ostéopathique : nouvelles découvertes
sur le fascia
23. M. Richeux- D. Laigneau : Guide pratique de l'apprentissage de l'ostéopathie
fasciale et tissulaire. ED. Sully 2015
24. Jacques Andréa Duval : Techniques ostéopathiques d'Equilibre et d'échanges
réciproques. ED. Sully 2014
25. ANAES Recommandations 1999 : Evaluation et suivi de la douleur chronique
chez l'adulte en médecine ambulatoire
26. D. Bontoux- D. Couturier- C.J. Menkes : Académie Nationale de Médecine,
Rapport du 5 mars 2013: thérapies complémentaires dans la prise en charge
de l'endométriose

27. Dr Bert O'Malley. Baylor College of Medicine, Texas 2015: Surexpression d'un récepteur aux œstrogènes dans l'endométriose. Revue : Nature Medicine

Liens internet

- <http://www.liliH-endométriose.fr>
- <http://www.ENDOmind.fr>
- <http://www.FMCgastro.fr>
- <http://www.Gyneco-online.com>
- <http://www.Osteopathie-France.net>
- <http://www.has-sante.fr>
- <http://www.cngof.fr>

Table des illustrations

FIGURE 1-1 SCHEMA DU MECANISME DE L'ENDOMETRIOSE (EXTRAIT DU LIVRE GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE DE TOURRIS. H)	9
FIGURE 1-2 REPRESENTATION SCHEMATIQUE DES PRINCIPAUX MECANISMES EN CAUSE DANS LA CICATRISATION NORMALE DU PERITONE LESE OU DANS LA FORMATION D'ADHERENCES (EXTRAIT DE L'ARTICLE PREVENTION DES ADHERENCES POSTOPERATOIRES : SPECIFICITES DANS L'ENDOMETRIOSE, A.AUDEBERT)	12
FIGURE 1-3 : ASPECT MACROSCOPIQUE CŒLIOSCOPIE D'UNE ENDOMETRIOSE PERITONEALE, CARACTERISEE PAR UNE HYPER VASCULARISATION ET UN ASPECT RETRACTILE CAUSES PAR DES LESIONS RECENTES	13
FIGURE 1-4: ENDOMETRIOSE OVARIENNE, ASPECT ECHOGRAPHIQUE D'UN ENDOMETRIOME AVEC UN CONTENU FINEMENT ECHOGENE CARACTERISTIQUE	13
FIGURE 1-5: ENDOMETRIOSE PROFONDE, ASPECT CŒLIOSCOPIE, ATTEINTE DU CUL DE SAC DE DOUGLAS.	14
FIGURE 1-6: ENDOMETRIOSE PROFONDE, ASPECT IRM, ATTEINTE DE LA PAROI RECTO-SIGMOÏDIENNE	14
FIGURE 1-7: LOCALISATIONS LES PLUS FREQUENTES DE L'ENDOMETRIOSE	15
FIGURE 1-8 : LIGAMENTS DU PETIT BASSIN	18
FIGURE 2-1 : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE	32
FIGURE 2-2 : SCHEMATISATION DES DIFFERENTES UNITES FONCTIONNELLES	38
FIGURE 2-3 : UF LOMBO ABDOMINALE : COUPE TRANSVERSALE ET SCHEMATISATION DES FASCIAS	40
FIGURE 2-4 : UF BASSIN : COUPE TRANSVERSALE ET SCHEMATISATION DES FASCIAS	41
FIGURE 3-1 : TABLEAU DES CARACTERISTIQUES PERSONNELLES	43
FIGURE 3-2 : TABLEAU DES ANTECEDENTS GENERAUX	43
FIGURE 3-3 : TABLEAU DES ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRICAUX	44
FIGURE 3-4 : TABLEAU : HISTOIRE DE LA MALADIE	46
FIGURE 3-5 : TABLEAU : ZONES EN RESTRICTION DE MOBILITE LORS DU TEST SEGMENTAIRE	48
FIGURE 3-6 : EVOLUTION DES DYSMENORRHEES APRES APPLICATION DU PROTOCOLE DE CORRECTIONS PAR EER.....	49
FIGURE 3-7 : EVOLUTION DES LOMBALGIES APRES APPLICATION DU PROTOCOLE DE CORRECTIONS PAR EER.....	50
FIGURE 3-8 : EVOLUTION DES DYSpareunies APRES APPLICATION DU PROTOCOLE DE CORRECTIONS PAR EER.....	50

FIGURE 3-9 : EVOLUTION DE LA DYSCHESIE APRES APPLICATION DU PROTOCOLE DE CORRECTIONS PAR EER.....	51
FIGURE 3-10 : EVOLUTION DES DOULEURS ABDOMINALES APRES APPLICATION DU PROTOCOLE DE CORRECTIONS PAR EER.....	51
FIGURE 3-11 : EVOLUTION DU PCS APRES APPLICATION DU PROTOCOLE DE CORRECTIONS PAR EER	52
FIGURE 3-12 : EVOLUTION DU MCS APRES APPLICATION DU PROTOCOLE DE CORRECTIONS PAR EER	53

Annexes

- Annexe 1 : Score AFSR de l'endométriose
- Annexe 2 : Questionnaire SF36 de Qualité de vie
- Annexe 3 : Questionnaire SF36 de Cotation (version française)
- Annexe 4 : Fiche patiente
- Annexe 5 : Convention de stage Sophie Rolland DO
- Annexe 6 : Consentement patiente de participation à l'étude
- Annexe 7 : Consentement patiente pour séance ostéopathique

ANNEXE 1

1 - Lésions péritonéales

Ne coter que la lésion la plus sévère (superficielle ou profonde)

Péritoine	Superficielles	Profondes
< 1 cm	1	2
1 à 3 cm	2	4
> 3 cm	4	6

2 - Lésions ovariennes

Ne coter que la lésion la plus sévère et ajouter les scores des ovaires droit et gauche

Ovaire droit	Superficielles	Profondes
< 1 cm	1	4
1 à 3 cm	2	16
> 3 cm	4	20
Ovaire gauche	Superficielles	Profondes
< 1 cm	1	4
1 à 3 cm	2	16
> 3 cm	4	20

3 - Adhérences annexielles selon la circonférence

ajouter les scores des ovaires droit et gauche et des trompes droite et gauche

Ovaire droit	Superficielles (ou transparentes)	Profondes (ou opaques)
< 1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8
> 2/3	4	16
Ovaire gauche	Superficielles (ou transparentes)	Profondes (ou opaques)
< 1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8
> 2/3	4	16
Trompe droite	Superficielles (ou transparentes)	Profondes (ou opaques)
< 1/3	1	4*
1/3 à 2/3	2	8*
> 2/3	4	16
Trompe gauche	Superficielles (ou transparentes)	Profondes (ou opaques)
< 1/3	1	4*
1/3 à 2/3	2	8*
> 2/3	4	16

* Si le pavillon de la trompe est complètement immobilisé (adhèrent sur toute la circonférence), compter 16

4 - Oblitération du Douglas

Partielle	4
Totale	40

Calculer le score AFSR

1 - Lésions péritonéales	=	
2 - Lésions ovariennes	=	
3 - Lésions annexielles	=	
4 - Oblitération du Douglas	=	
Stade de l'endométriiose	degré de sévérité	Score AFS
Stade I	endométriiose minime	1 - 5
Stade II	endométriiose modérée	6 - 15

Stade III	endométriose moyenne	16 - 40
Stade IV	endométriose sévère	> 40

ANNEXE 2



Rubrique : auto-administré/généraliste

Note préliminaire : ces repères permettent de s'assurer de l'adéquation entre le patient et l'outil de bilan proposé.

BILAN D'UTILISATION COURANTE :

International « validé » (3) International, largement accepté (2) National (1) Local (0)

Niveau du bilan : 3

POINT DE VUE UTILISATEUR (SI POSSIBLE)

Simplicité d'utilisation	Facilité de lecture	Sensibilité aux très petits écarts	Fiabilité vérifiée	Reproductible inter intra
SCORE = 2	SCORE = 1	SCORE = 3	SCORE = 3	SCORE = 3

Scores appliqués : 3 = excellent 2 = bon 1 = acceptable 0 = questionnable

PRÉSENTATION

Ce bilan de santé généraliste peut être utilisé en complément de bilans plus spécifiques.

CRITÈRES D'INCLUSION (les catégories majeures cliniques)

Toutes catégories de personnes ayant des difficultés de santé.

CRITÈRES D'EXCLUSION (ne pas utiliser pour)

Aucun.

CRITÈRES DE PÉJORATION (diagnostic associé)

Dépression, difficultés relationnelles.

ÉVOLUTION DU SCORE

Varie selon les items, afin de tester la vigilance du patient. La lecture des résultats fournit une appréciation sémantique.



1 - En général, diriez-vous que votre santé est :

Excellente Très bonne Bonne Satisfaisante Mauvaise

2 - Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Bien meilleure Un peu meilleure A peu près comme il y a un an
Un peu moins bonne Pire qu'il y a un an

**3 - Vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour.
Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ?**

a | Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

Oui, très limité Oui, plutôt limité Pas limité du tout

b | Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

Oui, très limité Oui, plutôt limité Pas limité du tout

c | Soulever et transporter les achats d'alimentation.

Oui, très limité Oui, plutôt limité Pas limité du tout

d | Monter plusieurs étages à la suite.

Oui, très limité Oui, plutôt limité Pas limité du tout

e | Monter un seul étage.

Oui, très limité Oui, plutôt limité Pas limité du tout

f | Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

Oui, très limité Oui, plutôt limité Pas limité du tout

g | Marcher plus d'un kilomètre et demi.

Oui, très limité Oui, plutôt limité Pas limité du tout

h | Marcher plus de 500 mètres.

Oui, très limité Oui, plutôt limité Pas limité du tout

i | Marcher seulement 100 mètres.

Oui, très limité Oui, plutôt limité Pas limité du tout

j | Prendre un bain, une douche ou vous habiller.

Oui, très limité Oui, plutôt limité Pas limité du tout

4 - Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ?

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| › Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| › Faire moins de choses que vous ne l'espérez ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| › Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| › Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5 - Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ?

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| › Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| › Faire moins de choses que vous n'espérez ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| › Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6 - Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?

Pas du tout Très peu Assez fortement Énormément

7 - Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?

Pas du tout Très peu Assez fortement Énormément

8 - Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

Pas du tout Un peu Modérément Assez fortement Énormément

9 - Les questions suivantes concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chacune d'elles, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines ?

a | Vous sentiez-vous très enthousiaste ?

Tout le temps Très souvent Parfois Peu souvent Jamais

b | Étiez-vous très nerveux ?

Tout le temps Très souvent Parfois Peu souvent Jamais

c | Étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

Tout le temps Très souvent Parfois Peu souvent Jamais

d / Vous sentiez-vous au calme, en paix ?

Tout le temps Très souvent Parfois Peu souvent Jamais

e / Aviez-vous beaucoup d'énergie ?

Tout le temps Très souvent Parfois Peu souvent Jamais

f / Étiez-vous triste et maussade ?

Tout le temps Très souvent Parfois Peu souvent Jamais

g / Aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

Tout le temps Très souvent Parfois Peu souvent Jamais

h / Étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

Tout le temps Très souvent Parfois Peu souvent Jamais

i / Vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

Tout le temps Très souvent Parfois Peu souvent Jamais

10 - Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc. ?

Tout le temps Très souvent Parfois Peu souvent Jamais

11 - Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

a / Il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

Tout à fait vrai Assez vrai Ne sais pas Plutôt faux Faux

b / Ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

Tout à fait vrai Assez vrai Ne sais pas Plutôt faux Faux

c / Je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

Tout à fait vrai Assez vrai Ne sais pas Plutôt faux Faux

d / Mon état de santé est excellent.

Tout à fait vrai Assez vrai Ne sais pas Plutôt faux Faux

ANNEXE 3

Questionnaire SF- 36 version française de cotation - validé

COMMENT REpondre : Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

(Entourez la réponse de votre choix)

- Excellente 5
- Très bonne 4
- Bonne 3
- Médiocre 2
- Mauvaise 1

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

(Entourez la réponse de votre choix)

- Bien meilleur que l'an dernier 5
- Plutôt meilleur 4
- A peu près pareil 3
- Plutôt moins bon 2
- Beaucoup moins bon 1

3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

(Notez le numéro correspondant à votre choix, une par ligne)

LISTE D'ACTIVITES :

Oui, beaucoup limité(e) : 1

Oui, un peu limité(e) : 2

Non, pas du tout limité(e) : 3

- a. **Efforts physiques importants** tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport
- b. **Efforts physiques modérés** tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules
- c. Soulever et porter les courses
- d. Monter **plusieurs étages** par l'escalier
- e. Monter **un étage** par l'escalier
- f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir
- g. Marcher **plus d'un km** à pied
- h. Marcher **plusieurs centaines de mètres**
- i. Marcher **une centaine de mètres**

j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique,

(Notez le numéro correspondant à votre choix, une par ligne)

Oui : 1 / Non : 0

- a. Avez-vous réduit **le temps passé** à votre travail ou à vos activités habituelles ?
- b. Avez-vous **accompli moins** de choses que vous auriez souhaitées ?
- c. Avez-vous dû arrêter de faire **certaines** choses ?
- d. Avez-vous eu des **difficultés** à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire) ?

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveuse ou déprimée),

(Notez le numéro correspondant à votre choix, un par ligne)

Oui : 1 / Non : 0

- a. Avez-vous réduit **le temps passé** à votre travail ou à vos activités habituelles ?
- b. Avez-vous **accompli moins** de choses que vous auriez souhaitées ?
- c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire **avec autant de soin et d'attention** que d'habitude ?

6. Au cours de ces 4 dernières semaines dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gênée dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

(Entourez la réponse de votre choix)

- Pas du tout 4
- Très peu 3
- Assez fortement 2
- Enormément 1

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous enduré des souffrances physiques ?

(Entourez la réponse de votre choix)

- Pas du tout 4
- Très peu 3
- Assez fortement 2
- Enormément 1

8. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

(Entourez la réponse de votre choix)

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

9. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes sentie au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée.

Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

(Entourez une seule réponse par ligne)

a. Vous vous êtes sentie dynamique ?

Tout le temps : 5 / Très souvent : 4 / Parfois : 3 / Peu souvent : 2 / Jamais : 1

b. Vous vous êtes sentie très nerveuse ?

Tout le temps : 1 / Très souvent : 2 / Parfois : 3 / Peu souvent : 4 / Jamais : 5

c. Vous vous êtes sentie si découragée que rien ne pouvait vous remonter le moral ?

Tout le temps : 1 / Très souvent : 2 / Parfois : 3 / Peu souvent : 4 / Jamais : 5

d. Vous vous êtes sentie calme et détendue ?

Tout le temps : 5 / Très souvent : 4 / Parfois : 3 / Peu souvent : 2 / Jamais : 1

e. Vous vous êtes sentie débordante d'énergie ?

Tout le temps : 5 / Très souvent : 4 / Parfois : 3 / Peu souvent : 2 / Jamais : 1

f. Vous vous êtes sentie triste et abattue ?

Tout le temps : 1 / Très souvent : 2 / Parfois : 3 / Peu souvent : 4 / Jamais : 5

g. Vous vous êtes sentie épuisée ?

Tout le temps : 1 / Très souvent : 2 / Parfois : 3 / Peu souvent : 4 / Jamais : 5

h. Vous vous êtes sentie heureuse ?

Tout le temps : 5 / Très souvent : 4 / Parfois : 3 / Peu souvent : 2 / Jamais : 1

i. Vous vous êtes sentie fatiguée ?

Tout le temps : 1 / Très souvent : 2 / Parfois : 3 / Peu souvent : 4 / Jamais : 5

10. Au cours de ces 4 dernières semaines y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gênée dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

(Entourez la réponse de votre choix)

Tout le temps : 1 / Très souvent : 2 / Parfois : 3 / Peu souvent : 4 / Jamais : 5

11. Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

(Entourez une seule réponse par ligne)

a. Je tombe malade plus facilement que les autres

Totalement vraie : 1 / Assez vraie : 2 / Ne sais pas : 3 / Plutôt fausse : 4 / Fausse : 5

b. Je me porte aussi bien que n'importe qui

Totalement vraie : 5 / Assez vraie : 4 / Ne sais pas : 3 / Plutôt fausse : 2 / Fausse : 1

c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade

Totalement vraie : 1 / Assez vraie : 2 / Ne sais pas : 3 / Plutôt fausse : 4 / Fausse : 5

d. Je suis en excellente santé

Totalement vraie : 5 / Assez vraie : 4 / Ne sais pas : 3 / Plutôt fausse : 2 / Fausse : 1

ANNEXE 4

FICHE PATIENTE

GENERALITES

- Nom - Prénom
- Date de naissance
- Situation familiale
- Nombre d'enfants
- Activité professionnelle
- Activités sportives – Loisirs

ANTECEDENTS

1. Familiaux :

- Pathologies (cancer, héréditaire, organique...)
- Endométriose

2. Personnels :

2.1 Traumatiques +/- séquelles

2.2 Séances ostéo précédentes

2.3 Chirurgicaux : (année, indication +/- protocole opératoire)

- Coelioscopie
- Laparotomie
- autre chirurgie

2.4 Médicaux :

- pathologie organique connue (diabète,...)
- tabac
- troubles de l'anxiété
- sommeil
- appétit

2.5 Bilan de santé

2.5.1 Sphère crânienne

2.5.2 Sphère cardio pulmonaire

2.5.3 Sphère digestive

2.5.4 Sphère urinaire

2.5.5 Sphère gynécologique

a. Age 1ères règles

b. Cycles menstruels :

▪ Durée

▪ Régularité

▪ abondance règles

▪ dysménorrhées :

si oui, à quel moment au cours des règles

c. Contraception actuelle

▪ type

▪ tolérance

d. Infections gynécologiques

- salpingite
- endométrite
- mycose
- autres

e. Infertilité :

si oui : modalités de prise en charge (explorations, traitement...)

f. Endométriose :

- Année de diagnostic
- Examens complémentaires : échographie, IRM, HSG, bilan hormonal
- Traitement : médicamenteux, chirurgical, autre
- Evolution de la maladie

g. Antécédents obstétricaux :

- FIV, PMA...
- nombre de grossesses
- nombre de GEU, FCS, IVG ou IMG (traitement : médicamenteux, curetage, aspiration)
- accouchements : année, VB +/- instrumentale, VH (protocole opératoire / technique), épisiotomie, mode délivrance

DEROULEMENT SEANCES OSTEOPATHIQUES

SEANCE N°1

Date :

1. Période du cycle menstruel

DDR :

2. Caractéristiques de la douleur lors du dernier cycle menstruel

- période dans le cycle
- localisation
- type et degré (EVA) : dysménorrhées, dyspareunie, dysurie, défécation douloureuse, douleur abdominale, lombalgie, autre
- caractéristiques : congestion, irradiation, pesanteur, autre
- aggravée par : mouvement, position assise, position debout...
- soulagée par : repos, antalgiques (type, dosage, posologie)...
- signes cliniques associés : diarrhée, constipation, saignements prémenstruels (vaginal, rectal), fatigue chronique, autre

3. Plainte ce jour

4. Protocole de tests et traitement ostéopathiques d'équilibre échanges réciproques

SEANCE N°2

Date :

- 1. Période du cycle menstruel**
DDR :

- 2. Caractéristiques de la douleur lors du dernier cycle menstruel**
 - période dans le cycle
 - localisation
 - type et degré (EVA) : dysménorrhées, dyspareunie, dysurie, défécation douloureuse, douleur abdominale, lombalgie, autre
 - caractéristiques : congestion, irradiation, pesanteur, autre
 - signes cliniques associés : diarrhée, constipation, saignements prémenstruels (vaginal, rectal), fatigue chronique, autre
 - amélioration / à la séance précédente
 - aggravation / à la séance précédente
 - pas de changement / à la séance précédente
 - prise antalgiques (type, dosage, posologie)

- 3. Bilan de santé / séance 1**
- 4. Plainte ce jour**
- 5. Protocole de tests et traitement ostéopathiques d'équilibre d'échanges réciproques**

SEANCE N°3

Date :

- 1. Période du cycle menstruel**
 - **DDR :**

- 2. Caractéristiques de la douleur lors du dernier cycle**
 - période dans le cycle
 - localisation
 - type et degré (EVA° : dysménorrhées, dyspareunie, dysurie, défécation douloureuse, douleur abdominale, lombalgie, autre
 - caractéristiques : congestion, irradiation, pesanteur, autre
 - signes cliniques associés : diarrhée, constipation, saignements prémenstruels (vaginal, rectal), fatigue chronique, autre
 - amélioration / à la séance précédente
 - aggravation / à la séance précédente
 - pas de changement / à la séance précédente
 - prise antalgiques (type, dosage, posologie)

- 3. Bilan de santé / séance 2**
- 4. Plainte ce jour**
- 5. Protocole de tests et traitement ostéopathiques d'équilibre d'échanges réciproques**

REGLEMENT STAGE CLINIQUE EXTERNE

ARTICLE 1 : ACCUEIL DES STAGIAIRES

L'établissement d'accueil, accepte d'accueillir le stagiaire, apprenant de l'organisme de formation.

ARTICLE 2 : OBJECTIFS PEDAGOGIQUES DU STAGE

Le stage a pour objet de mettre le stagiaire en situation professionnelle de consultation ostéopathique.
Le stagiaire pourra observer et/ou effectuer des soins ostéopathiques sous la responsabilité et l'encadrement du maître de stage.

ARTICLE 3 : LE MAITRE DE STAGE

Pendant la durée du stage, le stagiaire n'est pas lié à un contrat de travail avec l'Etablissement d'Accueil.
Le maître de stage a suivi au minimum une journée d'information sur le projet pédagogique, le référentiel de formation et de compétences ainsi que sur les objectifs du stage.

Le maître de stage doit avoir souscrit une police d'assurance en responsabilité professionnelle qui le couvre en tant que maître de stage et pour les actes d'ostéopathie qu'il pratique pendant la durée du stage clinique.
Le maître de stage doit être agréé par le directeur de l'établissement de formation.

Le Maître de stage est engagé à :

- remplir et fournir les documents énumérés dans l'annexe 4
- à transmettre à l'établissement EUROSTEO Groupe IOPS la copie du justificatif de son enregistrement, en qualité d'ostéopathe auprès des services préfectoraux,
- à remplir le livret de stage clinique annexe 1
- à remplir le document de suivi de validation des consultations pour chaque présence du stagiaire annexe 2
- à vérifier la présence du (des) stagiaire(s) aux dates convenues,
- à ne pas valider le stage en cas d'absences injustifiées et répétées du (des) stagiaire(s),
- à vérifier que le(s) stagiaire(s) respecte(nt) les règles établies dans la convention de stage externe ,
- à permettre au(x) stagiaires d'observer sa pratique et l'intégration de sa pratique au fonctionnement de l'établissement d'accueil,
- à mettre le(s) stagiaire(s) en situation professionnelle de consultations ostéopathiques sous sa responsabilité, sous sa constante surveillance et avec son accompagnement permanent, bienveillant et attentif,

ARTICLE 4

Le stagiaire ne peut prétendre à aucune rémunération durant toute la période de leur stage.
Aucune convention de stage ne peut être conclue pour remplacer un salarié en cas d'absence, de suspension de son contrat de travail ou de licenciement, pour exécuter une tâche régulière correspondant à un poste de travail permanent, pour faire face à un accroissement temporaire de l'activité de l'entreprise, pour occuper un emploi saisonnier.

L'établissement d'accueil s'engage à ne faire exécuter par le stagiaire que des travaux qui concourent à sa formation d'ostéopathe quelques soient les compétences professionnelles que le stagiaire pourrait détenir au titre de l'exercice de sa profession.

ARTICLE 5 : DATE, DUREE et LIEU DU STAGE

Les stages auront lieu les jours, horaires et lieu du stage (s'il y a plusieurs lieux, indiquer les adresses précises) spécifiés dans la convention de stage externe.

La présence le cas échéant du stagiaire au sein de l'Etablissement d'accueil la nuit, le dimanche ou un jour férié doit être indiquée.

ARTICLE 6 : ENGAGEMENT DU STAGIAIRE

Le stagiaire est couvert par une assurance en responsabilité civile professionnelle, qui le garantit et l'assure dans le cadre de sa formation en Ostéopathie incluant les stages externes et qu'il est affilié à un régime de protection sociale qui couvre les accidents dont il pourrait être victime à l'occasion du stage ou du trajet entre son domicile et le lieu de stage.

ARTICLE 10

Les stagiaires s'engagent à respecter strictement la réglementation de l'Ostéopathie décrite dans les textes réglementaires et notamment les articles 2 et 3 du Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie :

Article 2 :

« Les praticiens mentionnés à l'article 1er sont tenus, s'ils n'ont pas eux-mêmes la qualité de médecin, d'orienter le patient vers un médecin lorsque les symptômes nécessitent un diagnostic ou un traitement médical, lorsqu'il est constaté une persistance ou une aggravation de ces symptômes ou que les troubles présentés excèdent son champ de compétences. »

Article 3 :

I - Le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe ne peut effectuer les actes suivants :

- 1° Manipulations gynéco-obstétricales ;
- 2° Touchers pelviens.

II. - Après un diagnostic établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie, le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe est habilité à effectuer les actes suivants :

- 1° Manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois ;
- 2° Manipulations du rachis cervical.

ARTICLE 11

Les stagiaires s'interdisent de prendre en charge les patients suivants :

- Femme enceinte
- Nourrissons
- Enfants (Moins de 7 ans)

ARTICLE 12

Les stagiaires s'interdisent de réaliser des techniques structurelles (Mobilisation articulaire non forcée à haute vélocité et faible amplitude restant dans le champ de l'amplitude physiologique) sur les vertèbres cervicales (Cervicales hautes et jonction cervico occipitale et cervico dorsale comprises)

Les stagiaires s'interdisent de réaliser des techniques structurelles utilisant des bras de levier longs ou courts mettant en jeu la région cervicale.

ARTICLE 13

En cas de problèmes survenus au sein de l'établissement d'accueil du fait de l'activité du stagiaire, il peut être mis fin à la présence du stagiaire concerné, sans aucun préavis par le responsable, après avis du maître de stage.

ARTICLE 14

En fin de stage, le maître de stage remplit, pour chaque stagiaire, la fiche d'évaluation placée dans le livret de stage et la transmet à l'organisme de formation.

Fait à Meyreuil, le 15 / 10 / 2015
30

L'Etablissement d'accueil

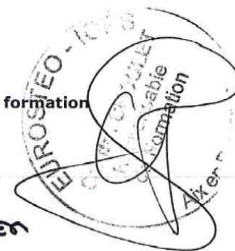
Le maître de stage



Etablissement de formation

Le stagiaire

E. BOISHER



ANNEXE 4 : Dossier Maître de stage externe EUROSTEO

Dossier Maître de stage externe EUROSTEO

Nom : **ROLLAND**
Prénom : **Sophie**
Téléphone : **06.09.87.49.65**
e-mail : **jerome.calme1@sfr.fr**
Né(e) le : **07.09.1971**
Année du diplôme d'Ostéopathie : **2000**
Numéro ADELI : **402 767 875 000 22**
Autres diplômes obtenus (facultatif) **Masseur kiné**

(Joindre une photocopie du diplôme d'ostéopathie, de l'autorisation d'user du titre et du document ADELI)

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et d'avoir été informé du projet pédagogique de l'établissement, du suivi de la formation pratique clinique des étudiants et de la validation des stages.

Date : **15.10.2015**

Signature :



ANNEXE 6

Consentement patiente participation à l'étude (lettre type)

Préambule :

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude et en vue de l'obtention de mon Diplôme d'Ostéopathe, je réalise une étude clinique visant à établir l'impact d'un traitement ostéopathique sur les douleurs de l'endométriose.

Votre participation pourra apporter plus d'ampleur à cette étude mais elle a aussi pour but d'évaluer et d'étudier une éventuelle amélioration de votre douleur causée par l'endométriose ainsi que l'impact sur votre qualité de vie.

Votre consentement à participer à cette étude est nécessaire à sa réalisation.

Dans le cas où vous acceptiez d'y participer, je vous remercie de lire et de signer ce document.

Je soussignée, certifie accepter de participer à l'étude clinique menée par Mme Estelle BOISSIER dans le cadre de son mémoire en vue d'obtention du Diplôme d'Ostéopathe.

J'accepte de bénéficier de soins ostéopathiques prodigués par Estelle BOISSIER, sous la responsabilité de Sophie ROLLAND, titulaire du Diplôme d'Ostéopathe, enregistré aux services préfectoraux.

Fait à Salon de Provence, le

Signature

ANNEXE 7

Consentement patient pour séance ostéopathie Eurostéo



Je soussigné _____ certifie accepter de bénéficier de soins ostéopathiques délivrés par Mme/Mr _____

En cas de patient mineur :

Mr/Mme _____, Responsable légal de l'enfant

_____ Certifie accepter que mon enfant bénéficie de soins ostéopathiques

Dans le cadre du stage clinique de

_____ Professionnel de santé titulaire d'un diplôme de

_____ En cours de formation en ostéopathie à l'établissement de formation en Ostéopathie EUROSTEO groupe IOPS.

Sous la responsabilité du maitre de stage :

Mme/Mr _____, Ostéopathe diplômé et enregistré auprès des services préfectoraux.

La mise en place de ce stage clinique externe a été formalisée par la convention en date du _____.

Signée entre l'étudiant, l'établissement d'accueil, l'établissement de formation EUROSTEO et le maitre de stage.

(Cette convention peut être mise à ma disposition pour lecture avant la réalisation des soins)

Fait à _____ le _____

Signature : (Par le responsable légal en cas de personne mineure)

Table des matières

Remerciements	1
Résumé	2
Abstract	3
Sommaire	4
Préambule	5
1 INTRODUCTION	8
1.1 ENDOMETRIOSE.	8
1.1.1 DEFINITION [6-8]	8
1.1.1.1 Mécanismes	8
1.1.1.2 Classification	9
1.1.2 PHYSIOPATHOGENIE	10
1.1.2.1 Les modifications tissulaires	10
1.1.2.2 La formation d'adhérences	10
1.1.3 LOCALISATIONS	12
1.1.3.1 Endométriase superficielle péritonéale	12
1.1.3.2 Endométriase ovarienne	13
1.1.3.3 Endométriase profonde	13
1.1.4 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES [8]	15
1.1.4.1 Fréquence	15
1.1.4.2 Facteurs de risques	16
1.1.5 SYMPTOMES ET SIGNES CLINIQUES	17
1.1.6 PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE	19
1.2 L'OSTEOPATHIE	20
1.2.1 DEFINITIONS ET PRINCIPES	20
1.2.1.1 Définitions	20
1.2.1.2 Les principes de l'ostéopathie	21
1.2.2 OSTEOPATHIE ET ENDOMETRIOSE	22
1.3 LES FASCIAS	23
	86

EUROSTEO – Intérêt des techniques ostéopathiques de libération fasciale sur l'endométriase : impact sur la douleur et la qualité de vie des patientes

1.3.1	DEFINITION	23
1.3.2	EMBRYOLOGIE ET HISTOLOGIE	24
1.3.2.1	Embryologie	24
1.3.2.2	Histologie	24
1.3.3	PROPRIETES ET FONCTIONS	25
1.3.4	ANATOMIE GENERALE ET ROLE DES FASCIAS [19]	26
1.4	TECHNIQUES OSTEOPATHIQUES DE LIBERATION FASCIALE	27
1.4.1	LE PRINCIPE TECHNIQUE	27
1.4.2	METHODOLOGIE DE LA PALPATION FASCIALE [19]	28
1.4.3	TECHNIQUES OSTEOPATHIQUES D'EQUILIBRE D'ECHANGES RECIPROQUES	29
2	<u>MATERIEL ET METHODE</u>	31
2.1	MATERIEL UTILISE	31
2.1.1	EVA	31
2.1.2	QUESTIONNAIRE SF 36	32
2.1.3	FICHE PATIENTE	33
2.2	METHODE UTILISEE ET PRESENTATION DE L'ETUDE	33
2.2.1	TYPE ET DUREE DE L'ETUDE	33
2.2.2	POPULATION A L'ETUDE	34
2.2.2.1	Critères d'inclusion	34
2.2.2.2	Critères d'exclusion	34
2.2.3	VARIABLES ETUDIEES	34
2.2.3.1	Variables qualitatives	35
2.2.4	DESCRIPTIF DES SEANCES OSTEOPATHIQUES	36
2.2.4.1	Séance N°1	36
2.2.4.2	Séances N°2 et N°3	36
2.2.4.3	Un mois après le traitement final	37
2.2.5	PROTOCOLE DE TESTS [19]	37
2.2.5.1	Test d'abord global	37
2.2.5.2	Test locorégional	38
2.2.5.3	Test segmentaire	38
2.2.6	PROTOCOLE DE CORRECTIONS	41
3	<u>RESULTATS</u>	43
3.1	DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DES PATIENTES	43
		87

3.2	SYMPTOMES ET SIGNES CLINIQUES DES PATIENTES A L'ETUDE	47
3.3	ZONES EN RESTRICTION DE MOBILITE AU NIVEAU DES UNITES FONCTIONNELLES LOMBO ABDOMINALE ET BASSIN (UFLA ET UFB)	48
3.4	DOULEUR DES PATIENTES	49
3.5	QUALITE DE VIE DES PATIENTES	52
4	<u>ANALYSE DES RESULTATS</u>	<u>54</u>
4.1	DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DES PATIENTES	54
4.1.1	CARACTERISTIQUES SOCIOECONOMIQUES ET ANTECEDENTS (FIGURES 3-1, 3-2, 3-3)	54
4.1.2	HISTOIRE DE LA MALADIE (FIGURE 3-4)	55
4.2	EVOLUTION DES SIGNES CLINIQUES ET DE LA DOULEUR	56
4.3	EVOLUTION DE LA QUALITE DE VIE	58
5	<u>DISCUSSION</u>	<u>59</u>
	<u>CONCLUSION</u>	<u>61</u>
	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>62</u>
	<u>LIENS INTERNET</u>	<u>65</u>
	<u>TABLE DES ILLUSTRATIONS</u>	<u>66</u>
	<u>ANNEXES</u>	<u>68</u>