



Collège Ostéopathique de Bordeaux

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme en Ostéopathie

Élaboration d'un traitement ostéopathique adapté à la pathologie hémorroïdaire.

Mémoire soutenu publiquement le :

Auteur : Jean-Roger GUYOT-BOUDOURESQUE

Maître de mémoire : Élyse BOUYSSOU, Ostéopathe D.O.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

Madame Élise Bouyssou, d'avoir accepté d'être mon maître de mémoire, qui s'est montrée disponible, à l'écoute et attentive tout long de cette étude.

Le pôle de proctologie de l'hôpital de Bordeaux-Bagatelle et notamment Dr F, Pigot ; Dr C, Favreau-Weltzer ; Dr M, Elouet-Kaplan ; Dr D, Bouchard de m'avoir permis de les observer et d'élargir mes connaissances lors de cette étude.

L'ensemble des patients étudié, qui ont accepté de participer a cette étude.

L'ensemble des professeurs du Collège Ostéopathique de Bordeaux de m'avoir transmis leur passion et enseigné cette magnifique profession qu'est l'ostéopathie.

Je souhaite remercier, Alexandre Brossard et Mathilda Bonnin qui m'ont été d'une aide cruciale dans la réalisation de ce mémoire.

Enfin, je remercie toute ma famille qui m'a apporté un soutien indispensable tout au long de ces années étudiantes.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	6

I- CONTEXTE

I.1. LA MALADIE HEMORROIDAIRE UN SUJET TABOU ET PEU CONNU	8
I.1.1. ABUS DE LANGAGE ET CROYANCE	8
I.1.2. QU'EST CE QUE LA MALADIE HÉMORROÏDAIRE?	8
I.1.3. QU'EST-CE QUI LES DÉCLENCHE ?	9
I.1.4. COMMENT LES TRAITER ?	10
I.2. LES HEMORROIDES DANS LEUR ENVIRONNEMENT	11
I.2.1. SAVOIR LES DIFFERENCIER	11
I.2.1.1. Canal anal	11
I.2.1.2. Rectum	12
I.2.2. UN RESEAU VASCULAIRE DENSE	13
I.2.2.1. Les apports artériels	13
I.2.2.1.a) Artère rectale supérieure	13
I.2.2.1.b) Artère rectale moyenne	14
I.2.2.1.c) Artère rectale inférieure	14
I.2.2.1.d) Artère sacré médiane	15
I.2.2.2. Un double drainage	15
I.2.2.2.a) Veine Porte	15
I.2.2.2.b) Veine cave inférieur	15
I.2.2.3. Shunt artério-veineux	17
I.2.2.4. Drainage lymphatique	17
I.2.3. UN ENSEMBLE SPHINCTERIEN	18
I.2.3.1 Sphincter anal externe	18
I.2.3.2 Muscle releveur de l'anus	19
I.2.3.3 Sphincter anal interne et paroi rectale	20

I.2.4. LES GRANDES INNERVATIONS	22
I.2.4.1. L'innervation anatomique	22
I.2.4.2. L'innervation neurofonctionnelle	22
I.2.4.3. Tonus anal de repos	23
I.2.5. LA PHYSIOLOGIE HEMORROIDAIRE LIEE AU RECTUM	23
I.2.5.1. Mécanisme de défécation	24
I.2.5.2. Mécanisme de Continence	25
I.2.6. LA PATHOLOGIE HEMORROIDAIRE ET SON TRAITEMENT	26
I.2.6.1. Propre aux hémorroïdes internes	27
I.2.6.2. Propre aux hémorroïdes externes	28
I.2.7. LES PRINCIPAUX ELEMENTS	29

II. PROTOCOLE

II.1. GÉNÉRALITÉ	30
II.1.1. Le praticien	30
II.1.2. L'examen ostéopathique	30
II.1.3. La population étudiée	32
II.2. MATERIEL	32
II.2.1. Recrutement des patients à l'hôpital de Bordeaux-Bagatelle	32
II.2.2. Critères d'éligibilité de la population	33
II.2.2.a) Critères d'inclusion	33
II.2.2.b) Critères d'exclusion	33
II.3. METHODE	33
II.3.1. Formulaire et questionnaire	33
II.3.2. Déroulement de la séance	34
II.3.3. Fiche de suivi patient	36
II.3.4. Collecte des informations et interprétation statistique	36

III. RESULTATS ET ANALYSES

III.1. Groupe d'étude	37
III.1.1. Renseignements généraux et hygièno-diététiques	37
III.1.2. Renseignements en lien avec la pathologie	37

III.1.3. Renseignements liés à la sphère abdominale et pelvienne	38
III.2 BILAN OSTÉOPATHIQUE	39
III.3. ANALYSES ET HYPOTHESES OSTEOPATHIQUE	40
III.3.1. Mobilité et motilité hépatique	40
III.3.2. Hypothèse ostéopathique autour du diaphragme	41
III.3.3. Hypothèses ostéopathique sur le bassin et le plancher pelvien	42
III.3.4. Hypothèse ostéopathique concernant les vertèbres L1 et L2	43
III.3.5. Fluctuation du liquide céphalo-rachidien et MRP	44
III.3.6. Analyse de l'E.V.A.	45
III.4. DISCUSSION	
III.4.1. Apport de l'osteopathie	46
III.4.2. Limites et biais	47
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXES	52
Annexe 1 : Formulaire de consentement éclairé du patient	52
Annexe 2 : Fiche patient	53
Annexe 3 : Tableau statistique	54
Annexe 4 : Protocole de prise en charge de la maladie hémorroïdaire	57
Annexe 5 : Schéma du système vasculaire et lymphatique de la région rectale	58
Annexe 6 : Individualisation du muscle releveur de l'an	59
Annexe 7 : Plancher pelvien	60
Annexe 8 : Schéma rectum	
61	
Annexe 9 : Schéma neurologique	62
Annexe 10 : Manifestations cliniques (stades avancés)	63
RESUME ET ABSTRACT	64

INTRODUCTION

Le syndrome hémorroïdaire est une maladie touchant un nombre considérable d'individus de tous âges et sexes confondus.

Les plexus hémorroïdaires, quant à eux, sont des formations veineuses physiologiques jouant deux rôles essentiels, à savoir, d'une part, celui de réservoir sanguin et d'autre part, celui de participer à la continence fine.

Subissant de nombreuses pressions au cours de notre existence, lors des phénomènes de continences volontaires ainsi qu'à la défécation, il arrive que le tissu vasculaire finisse par se dégrader dirigeant les plexus hémorroïdaires vers un état pathologique.

Considérée comme une maladie « bénigne » par notre société, ce syndrome apporte des gênes et des douleurs au quotidien, tout en évoluant sur un tableau de chronicité, rythmée par des phases aiguës spontanées.

Maladie inavouable, très souvent à l'origine de moqueries, le patient se voit contraint d'accepter sa maladie en silence. Dans le temps, cette pathologie finit, de fait, par avoir des retentissements sur l'état psychologique de ce dernier.

La zone rectale étant difficilement abordable à la palpation dans la mesure où elle se situe entre un plan osseux dur et un plan viscéral épais, elle est peu investiguée lors d'une consultation ostéopathique. De même, lors de l'interrogatoire, le patient peut avoir des difficultés à confesser son atteinte.

Les techniques internes étant interdites dans notre profession, nous nous devons de trouver une alternative pour la santé du patient venant nous consulter.

La recherche d'un traitement non invasif et adapté était le but même de ce mémoire.

S'est ainsi posée la question de savoir vers où se diriger dans notre anamnèse lorsque le motif de consultation porte sur une pathologie hémorroïdaire.

A défaut, il est légitime de se demander vers quelles zones porter notre attention préalablement au traitement pour soulager au mieux notre patient en manque de solutions.

D'évidence, il est intéressant d'étudier la zone rectale dans la mesure où peu de recherches et statistiques ont été faites et surtout validées.

La profession de proctologue étant récente, force est de constater qu'il existe peu voire aucune autre alternative proposée au patient que les conseils hygiéno-diététiques, les traitements médicaux ou encore les traitements chirurgicaux.

À l'heure actuelle, l'ostéopathie est encore victime du préjugé selon lequel ses praticiens ne s'intéressent qu'aux os et aux articulations. Or, il semble intéressant de rappeler que nous pouvons apporter notre contribution au niveau de la sphère viscérale et encore plus dans une pathologie taboue.

Ce mémoire a pour objectif, en premier lieu, de décrire, de manière globale, la maladie hémorroïdaire, en s'appuyant sur des signes cliniques, des possibles étiologies et quelques statistiques. Puis, une description plus précise sera faite de la zone rectale ainsi que son environnement tissulaire musculaire, conjonctif, vasculaire et nerveux. Aussi, sera étudiée la physio-pathologie des plexus hémorroïdaires.

En deuxième lieu, nous nous attacherons aux modalités de recrutement des patients, leur prise en charge ainsi que le traitement ostéopathique.

Enfin, la dernière partie de ce mémoire sera consacrée à l'étude des résultats observés post consultation, afin de tenter d'apporter une réponse à la problématique : *existe-t-il un traitement non invasif et adapté à cette pathologie ?* et de proposer d'autres réflexions ayant un intérêt ostéopathique pour le traitement de la pathologie hémorroïdaire.

I. CONTEXTE

I.1. LA MALADIE HÉMORROÏDAIRE UN SUJET TABOU ET PEU CONNU

I.1.1. ABUS DE LANGAGE ET CROYANCE

(D'après J-M. SUDUCA, G. STAUMONT, E. GOREZ)

Généralement, lorsque le patient expose à l'ostéopathe les motifs de sa consultation, il a cette phrase triviale, à savoir « *Je viens vous voir parce que j'ai des hémorroïdes* ».



En réalité, les hémorroïdes sont des formations de plexus veineux physiologiques. Dès lors, doivent être préférées les expressions de « *pathologie hémorroïdaire* » ou de « *maladie hémorroïdaire* ».

Le constat opéré par les auteurs cités précédemment est tel que « *pour le patient, toute manifestation anale ou ano-rectale est une poussée hémorroïdaire* ».

Or, il existe de nombreuses atteintes autres que la pathologie hémorroïdaire au niveau de cette zone telles que la fissure anale, l'abcès ou encore les varices rectales. Cependant, celle-ci demeure l'affection la plus fréquente des pathologies ano-rectales, laquelle représente 2/3 des diagnostics en proctologie.

I.1.2. QU'EST-CE QUE LA MALADIE HÉMORROÏDAIRE ?

La maladie hémorroïdaire peut être définie comme une dilatation veineuse et une stase sanguine dans les veines hémorroïdaires.

Elle se manifeste par différents symptômes, à savoir :

- Douleur anale aiguë, permanente, pulsatile, non insomniente ;

- Douleur non rythmée par la défécation ;
- Gêne à la défécation, à la marche, en position assise ;
- Prurit ;
- Saignement.

Une personne sur cinq souffrirait de cette pathologie. Pour autant, cette estimation demeure relativement variable compte tenu des différences culturelles et socio-économiques.

Chaque année, en France, 1.500 habitants sur 100.000 iraient consulter leur médecin pour motif hémorroïdaire.

En 1999, il était observé 83 actes chirurgicaux sur 100.000 habitants en rapport avec cette maladie. La maladie hémorroïdaire vise tant des sujets masculins que féminins et apparaît, généralement, vers 30 ans (même si elle peut également toucher une population plus jeune). En réalité, elle affecte principalement les sujets dont l'âge se situe entre 45 et 65 ans, toutes ethnies confondues.

I.1.3. QU'EST-CE QUI LA DÉCLENCHE ?

De manière récurrente, l'on observe, chez la femme, différentes périodes propices au développement de la maladie hémorroïdaire, qui sont : le cycle prémenstruel, la grossesse ou encore l'accouchement, qui pourrait être en relation avec la présence de récepteurs hormonaux (œstrogène) dans le tissu hémorroïdaire. Aussi, 35% des accouchements sont suivis de thromboses dans le début du post-partum.

Cette pathologie peut être amenée par des troubles du transit comme la constipation, la dyshésie (par exemple, l'anisme est une absence de relaxation ou une contraction paradoxale du sphincter externe du canal anal), la durée de l'exonération ou encore la diarrhée.

Toutefois, force est de constater qu'un grand nombre de patients atteints par cette pathologie ont un transit normal.

D'autres facteurs, que l'on citera pêle-mêle, peuvent prédisposer l'apparition de la maladie tels que : la sédentarité, le sport (le cyclisme), certains métiers (chauffeurs), l'alcool, le tabac ou encore les épices.

Néanmoins, les études effectuées à ce sujet ne permettent pas de confirmer le rôle significatif de ces facteurs.

Enfin, d'après F. PIGOT, proctologue à l'Hôpital de Bordeaux-Bagatelle, les facteurs essentiels demeurent la fatigue et le stress.

I.1.4. COMMENT LES TRAITER ?

Les traitements, lesquels feront l'objet d'un développement plus approfondi par la suite, peuvent aller de la prise d'AINS jusqu'à l'intervention chirurgicale sous anesthésie générale.

Des conseils hygiéno-diététiques simples (mais non démontrés) seront à suivre comme :

- éviter les gestes agressifs sur une zone anale sensible comme le grattage lors des démangeaisons ;
- éviter le frottement du papier toilette ;
- favoriser un rinçage avec un savon surgras et de l'eau fraîche ;
- stopper les excitants comme le tabac, les épices, l'alcool, le café ;
- augmenter la prise de fibres alimentaires ;
- Prise de laxatifs doux.

La pathologie hémorroïdaire reste une maladie « taboue » car cette dernière vise une zone privée. Dès lors, les patients ne vont pas spontanément consulter et subissent, en conséquence, leur maladie dans le temps, car généralement récurrente et évoluant par crise.

Des éléments attendent encore d'être découverts concernant les pathologies ano-rectales, rappelons que la profession de proctologue est née tardivement dans les années 1970 grâce au gastroentérologue Dr J. AMOUS (1908-1981).

Dès à présent, étudions, de manière plus détaillée, l'anatomie et la physiopathologie des hémorroïdes.

I.2. LES HEMORROIDES DANS LEUR ENVIRONNEMENT

Cette partie de l'étude est destinée à mettre en exergue les différents types d'hémorroïdes, leurs localisations, les structures les entourant, leurs utilités et les affections les faisant devenir pathologiques.

I.2.1. SAVOIR LES DIFFERENCIER

Il est important de préciser que l'on trouve, au niveau du canal anal, deux types de plexus hémorroïdaires, à savoir les hémorroïdes internes d'une part et les hémorroïdes externes d'autre part.

En l'espèce, il apparaît utile de décrire, dans un premier temps, leurs emplacements avant de détailler, par la suite, leurs origines vasculaires ainsi que les grands troncs qui permettront leurs drainages.

I.2.1.1. Canal anal

(Voir Annexe 8)

Le canal anal fait suite au rectum mais est une partie intégrante de ce dernier car ils forment une unité fonctionnelle à eux deux. C'est un conduit virtuel, d'environ 4 cm de longueur, pouvant varier entre l'homme et la femme.

Il se termine par l'anus qui est une fente sagittale d'environ 20 mm d'où partent les plis rayonnés.

Il est remarqué trois zones au niveau interne, délimitées par différentes structures (de haut en bas) :

- Colonnes anales : sont à la moitié supérieure du canal entre la ligne ano-rectale et la ligne pectinée.
- Pecten anal : limité par la ligne pectinée et la ligne ano-cutanée.

C'est entre le pecten anal et les colonnes anales que se situent les **hémorroïdes internes**.

- Ano-Cutanée : se situant entre la ligne ano-cutanée et l'anus, nommée la zone peaussière.

C'est à ce niveau qu'il est possible d'appréhender les **hémorroïdes externes**.

I.2.1.2. Rectum

Le rectum est la portion pelvienne du gros intestin qui fait suite au colon sigmoïde. Il est plaqué contre le sacrum et de fait, suit sa courbure concave. Il fait ensuite une inflexion convexe en avant qui forme la courbure périnéale du rectum ou ampoule rectale.

Dans ce même axe, suivra le canal anal.

Cette inflexion forme un angle de 110 degrés qui est important pour le mécanisme de continence et s'effacera lors du mécanisme de défécation qui sera détaillé plus après.

Le canal anal, tout comme le rectum, sont configurés en trois couches superposées :

- Muqueuse ;
- Sous-muqueuse : lieu de formation des plexus hémorroïdaires ;
- Musculeuse : formée par un muscle lisse qui est le sphincter interne de l'an.

La muqueuse et la sous-muqueuse subissent de nombreuses irritations au cours de la vie pouvant les altérer comme la constipation ou la diarrhée.

Ces deux zones terminales du tube digestif reçoivent des afférences, donnent des efférences vasculaires multiples, s'anastomosant entre eux et formant un maillage vasculaire important.

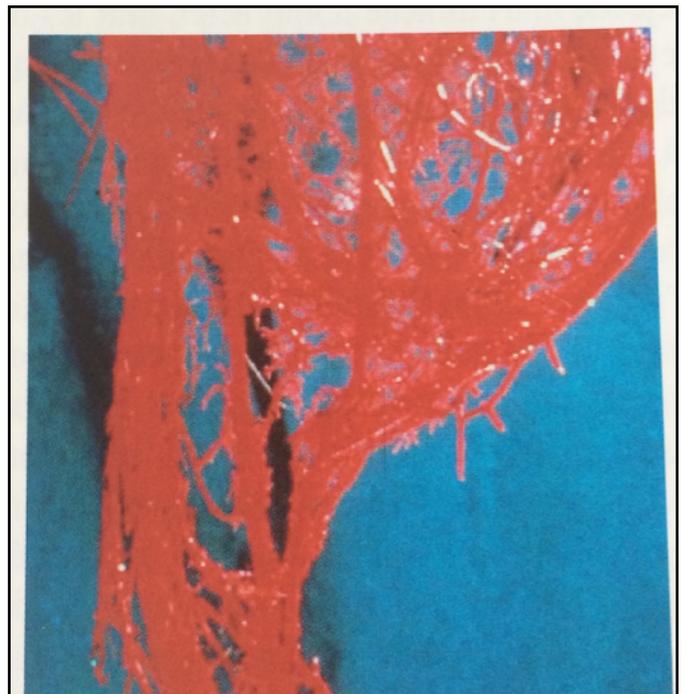
I.2.2. UN RESEAU VASCULAIRE DENSE

(D'après M.KAROUI, Y.PANIS)

Les plexus veineux hémorroïdaires internes comme externes ont leurs propres provenances vasculaires mais, au niveau du canal anal, forment de nombreuses anastomoses.

Ils sont donc intimement liés et formés suite à quatre grands pédicules vasculaires.

Ils sont ensuite drainés par deux grands troncs veineux que nous étudierons ci-après.



*Distribution vasculaire sous muqueuse du réseau hémorroïdaire
Traité des maladies de l'anus et du rectum*

I.2.2.1. Les apports artériels

I.2.2.1.a) Artère rectale supérieure

Elle est la branche terminale de l'artère mésentérique inférieure qui provient elle-même de l'aorte abdominale à sa partie distale.

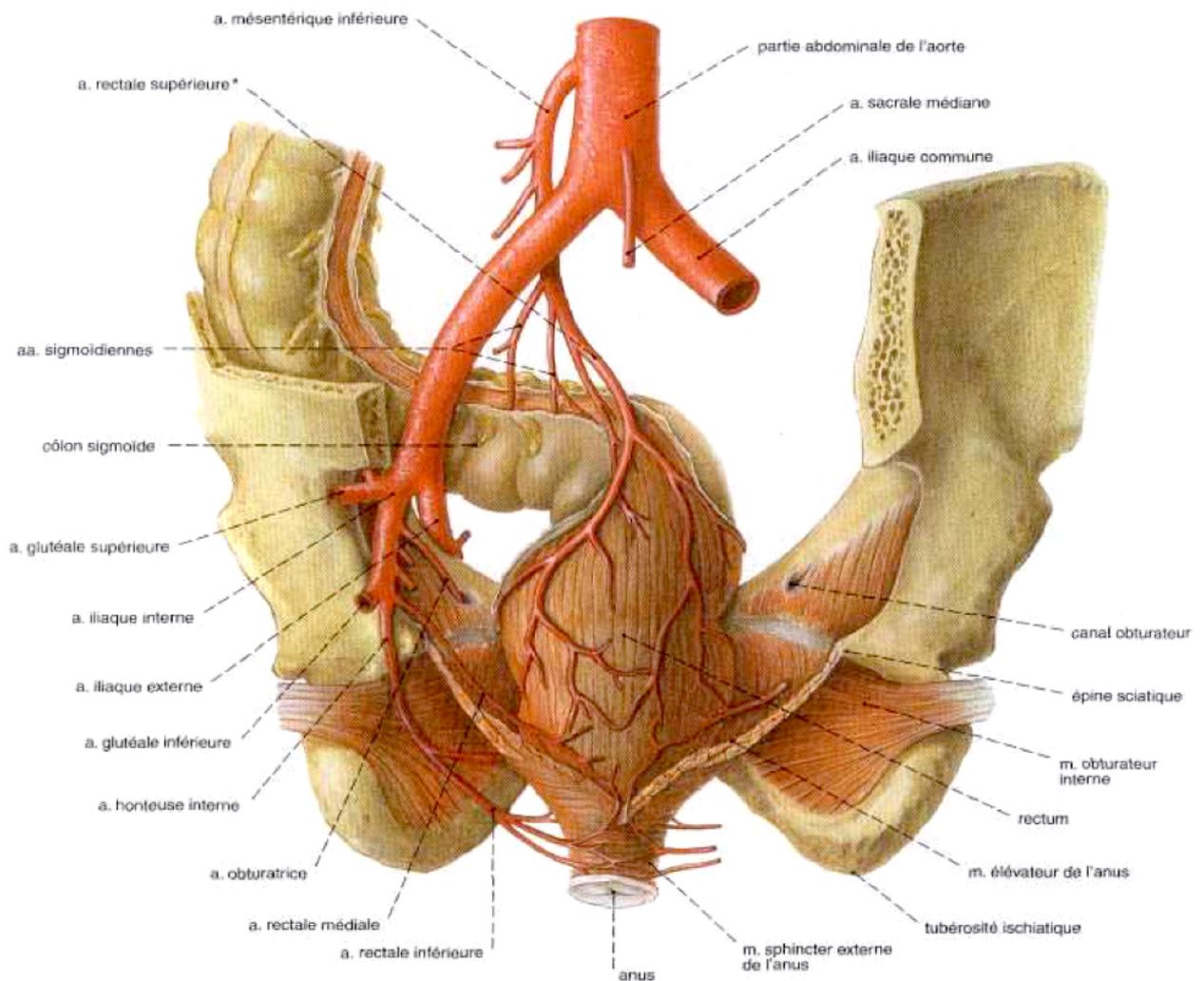
Elle se divise en regard de la S3 en une branche droite pour perfuser la moitié postérieure droite de l'ampoule rectale et une branche gauche pour la moitié antérieure gauche.

Ses branches collatérales traversent la paroi musculaire rectale pour former un réseau sous-muqueux jusqu'à la ligne pectinée. À ce niveau, des capillaires se forment et s'en suivent les veinules formant les plexus hémorroïdaires internes.

Il sera alors possible de différencier trois paquets ou plexus à ce niveau formant les hémorroïdes :

- Latéral gauche ;
- Postero-droit ;
- Antero-droit.

Cette artère est la seule à avoir une réelle importance car elle vascularise la totalité du rectum et la muqueuse du canal anal. Elle est aidée et suppléée par les trois suivantes.



Représentation de l'irrigation artérielle globale du rectum - Sobotta

I.2.2.1.b) Artère rectale moyenne

Elle est inconstante, parfois unilatérale, provient de l'artère hypogastrique et donc de l'artère iliaque interne. Elle se divise en trois ou quatre branches destinées au rectum et organes génitaux.

I.2.2.1.c) Artère rectale inférieure

Elle provient des branches latérales de l'artère pudendale interne (ou honteuse interne) qui émane de l'artère iliaque interne. Elle vascularise essentiellement la sous muqueuse du canal anal, le sphincter interne, le sphincter externe et le muscle releveur de l'anus.

I.2.2.1.d) *Artère sacré médiane*

Elle naît directement de la bifurcation aortique en artère iliaque commune pour descendre médialement le long de la face antérieure du sacrum jusqu'au coccyx, où elle donne des branches pour une partie du rectum pelvien et du canal anal. C'est avec l'artère rectale inférieure qu'elle formera à la suite de la capillarisation les plexus veineux hémorroïdaires externes.

I.2.2.2. Un double drainage

Les plexus hémorroïdaires sont drainés par la veine rectale supérieure, moyenne, inférieure et sacrale en analogie avec leurs apports artériels. Cependant, ces dernières ne se jetteront pas dans le même tronc veineux.

I.2.2.2.a) *Veine Porte*

Elle draine essentiellement la veine rectale supérieure par l'intermédiaire de la veine mésentérique inférieure pour, enfin, apporter le sang veineux au foie. Tout comme l'artère rectale supérieure, la veine du même nom draine une grosse partie du rectum et du canal anal.

Le foie constitue un relais important avant le cœur et les poumons.

Sa mobilité est donc essentielle pour, dit de manière triviale, « brasser du sang et l'épurer », rappelons un des principes de l'ostéopathie : la structure gouverne la fonction.

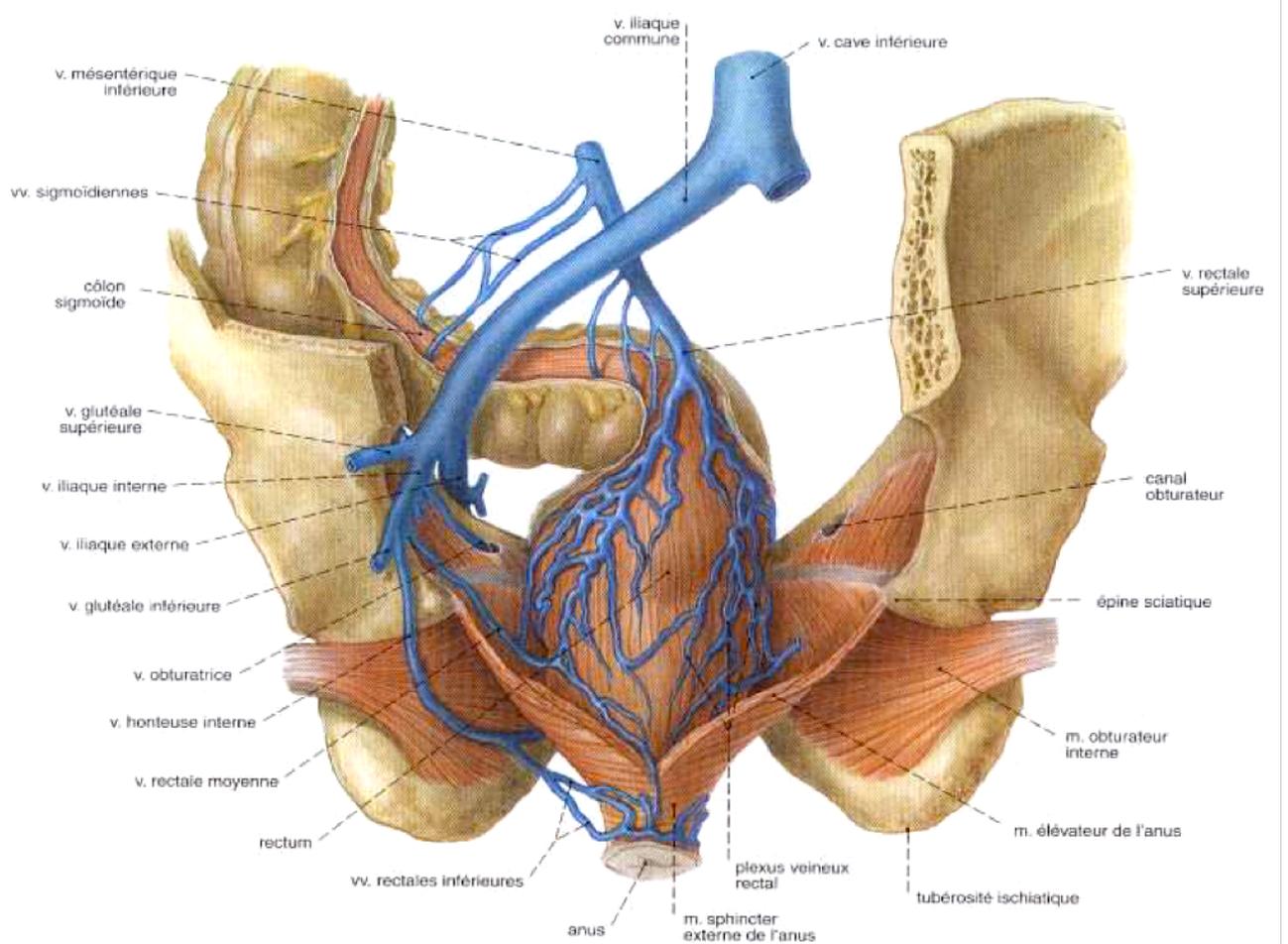
Le foie étant en rapport direct avec le diaphragme grâce aux ligaments coronaires, triangulaires droite et gauche, une bonne synergie entre les deux est donc nécessaire afin de procurer une bonne circulation et épuration sanguine.

I.2.2.2.b) *Veine cave inférieur*

Elle draine la veine iliaque commune et donc la veine rectale moyenne, inférieure, la veine sacrale médiane et une partie de la veine rectale supérieure. Elle finira au niveau de l'atrium droit du cœur.

De plus, elle traverse le diaphragme par un hiatus portant son nom et constitue un élément de soutien hépatique supplémentaire.

Ces deux grandes unités veineuses forment le système porto-cave en s'anastomosant entre elles.



Représentation du drainage veineux du rectum - Sobotta

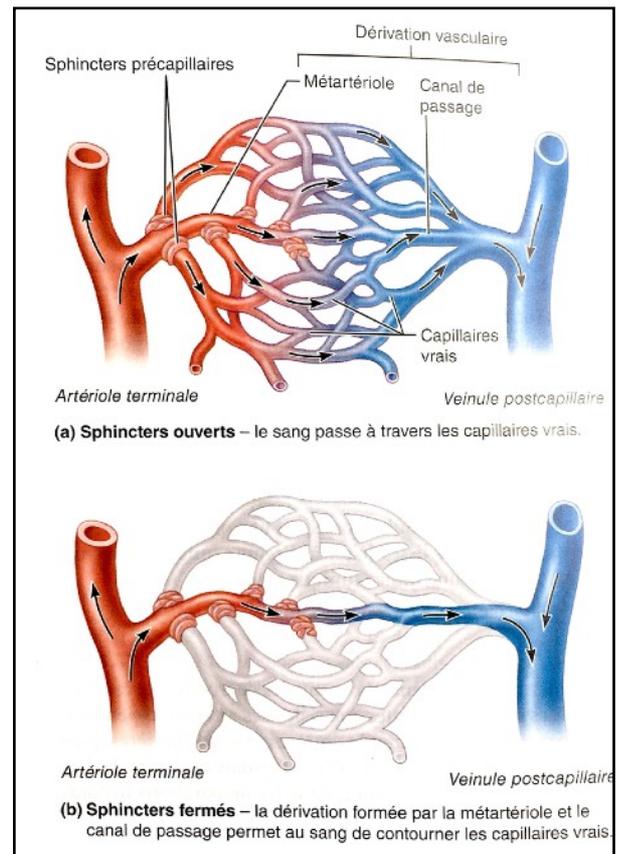
De manière classique, les artères donneront des artérioles qui formeront un réseau capillaire, drainé par des veinules qui formeront les plexus veineux hémorroïdaires drainés eux-mêmes par les veines. Il est remarqué une particularité avant la formation des capillaires au niveau des artérioles qui est le shunt artério-veineux.

I.2.2.3. Shunt artério-veineux

Au niveau des lits capillaires artério-veineux se trouvent des shunts (ou sphincters) qui se ferment lors de l'augmentation du débit artériel ou de l'exonération difficile.

Cette structure anatomique vasculaire permet de faire passer le sang provenant des artéoles directement dans les veinules sans cheminer par les réseaux capillaires.

Les échanges d'éléments métaboliques ne sont alors pas effectués avec le tissu environnant (interstitiel). L'absence d'échange n'influera pas sur la trophicité des viscères car celles-ci sont peu demandeuses en approvisionnement de nutriments et éléments gazeux. Cependant, lors de leur fermeture, les plexus hémorroïdaires vont se gorger de sang et devenir hyperdistensibles.



Schémas des shunts artério-veineux - Marieb

I.2.2.4. Drainage lymphatique

Il est satellite des artères, il part des plexus lymphatique sous la muqueuse rectale pour rejoindre les ganglions péirectaux. À ce niveau il se dirige vers l'artère mésentérique inférieure en passant par des relais ganglionnaires au niveau du mésorectum. Le mésorectum étant un tissu cellulograisieux entourant les 3/4 du rectum. Il est aussi en rapport avec le fascia pelvien qui entoure notamment les vaisseaux pelviens, branches neurovégétatives (plexus hypogastrique supérieur, inférieur) et les uretères.

Cet ensemble viscéral, vasculaire, lymphatique est maintenu par un ensemble de tissus conjonctifs et musculaires.

I.2.3. UN ENSEMBLE SPHINCTERIEN

(D'après L.SIPROUDHIS)

Il sera détaillé ici le périnée anal qui est la partie postérieure du diaphragme pelvien en rapport avec le périnée uro-génital qui est, quant à lui, la partie antérieure.

On peut, schématiquement, séparer les structures pariétales et sphinctériennes ano-rectales en trois groupes.

I.2.3.1 Sphincter anal externe

C'est un muscle strié (innervation volontaire) constitué de trois couches (ou faisceaux) formant un anneau de 7-10 mm d'épaisseur sur 25-30 mm de hauteur.

- Faisceau sous-cutané superficiel avec des expansions le liant en avant au périnée uro-génital avec :
 - Muscles bulbo caverneux
 - Faisceaux transverses superficiels du périnée
 - Éléments tégumentaires

Tous ces éléments se terminent principalement au niveau du noyaux fibreux central avec, pour rôle, de stabiliser ce centre tendineux et de favoriser l'action des muscles s'y insérant.

- Faisceau moyen qui cravate le canal anal et s'insérant :
 - En avant, au niveau du noyau fibreux central (centre tendineux du périnée)
 - En arrière, sur le coccyx en entrant dans la constitution du ligament ano-coccygien (médian allant de la partie retro-rectale à la face antérieure du coccyx.
- Faisceau profond, intimement lié aux fibres du muscle pubo-rectal dans ses relations rétro-anales. Il participe en partie au tonus de fermeture du canal anal et représentera l'effecteur principal de la continence urgente ou volontaire.

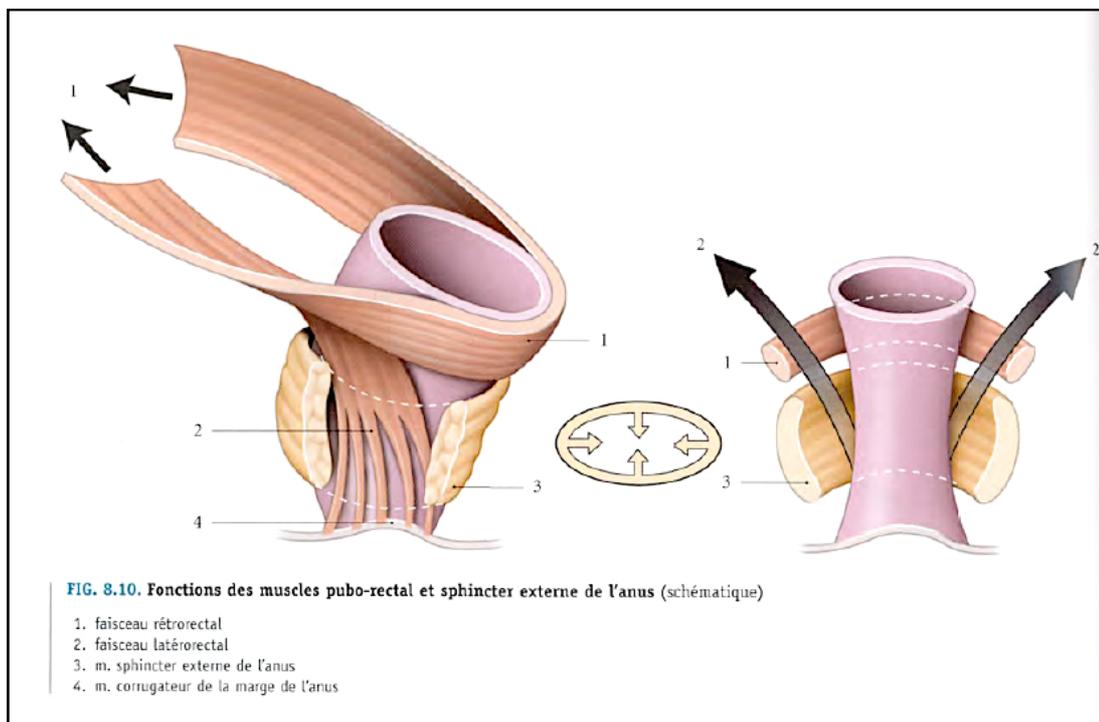
I.2.3.2 Muscle releveur de l'anus

Ils se situent sur 2 plans musculaires :

- Plan externe : s'insérant sur le pubis, les épines sciatiques, les ischions, le coccyx et le sacrum avec les muscles ilio-coccygiens.
- Plan interne : formé par le muscle pubo-coccygien s'insérant proche de la symphyse pubienne (en contact avec le ligament pubo-vésical pour la femme ou pubo-prostatique pour l'homme). Il se divise en deux pour donner :
 - le muscle pubo-rectal ;
 - le faisceau latéro-rectal (s'immisce entre les sphincters interne et externe) ;
 - le faisceau retro-rectal (cravate le canal anal avec son homologue) ;
 - le faisceau coccygien (se fixant sur la face antérieure du coccyx) ;
 - Le muscle pubo-vaginal pour la femme ou élévateur de la prostate pour l'homme (se fixant sur le centre périnéal).

Ce muscle est un réel moyen de contention du rectum : une dystonie de ce muscle influera réellement sur l'angle rectoral et son hypoxie en cas de tonus augmenté.

Il est donc important mais peut être un frein à la circulation sanguine locale.



Action schématique du releveur de l'anus - Kamina

I.2.3.3 Sphincter anal interne et paroi rectale

La paroi rectale est constituée de fibres lisses, organisées en deux couches principales :

- La couche circulaire interne (s'épaissit dans sa partie basse pour former de façon indissociable le sphincter anal interne).
- La couche longitudinale externe (renforcée dans sa partie basse par des fibres striées du muscle puborectal et des fibres conjonctives des fascias pelviens).

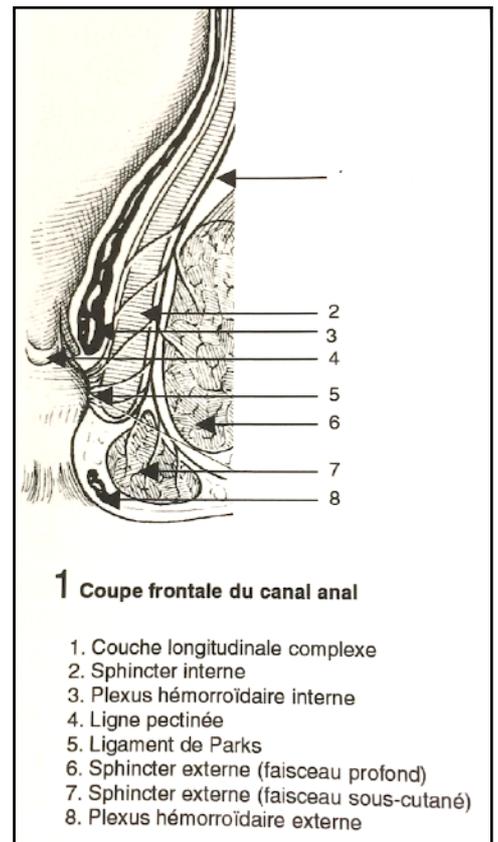
Relevons le cas particulier du muscle corrugateur de la marge de l'anus ou corrugator cutis ani, lequel appartient à la couche longitudinale. C'est ce muscle qui donne cette forme plissée (rayonnée) de l'anus. Son utilité reste peu connue mais l'on estime qu'il a un rôle majeur dans la continence.

Il convient d'observer que cette dernière couche entre également dans la constitution de la couche intersphinctérienne, dite longitudinale complexe, assurant la cohésion sphinctérienne et donnant une structure essentielle au maintien des hémorroïdes internes dans leur environnement qui sont les ligaments de Parks).

Ce tissu conjonctif est important pour comprendre le phénomène de prolapsus dans le syndrome hémorroïdaire interne. Il est altéré par la dégénérescence mais aussi et surtout peut se distendre sous l'effet hormonale.

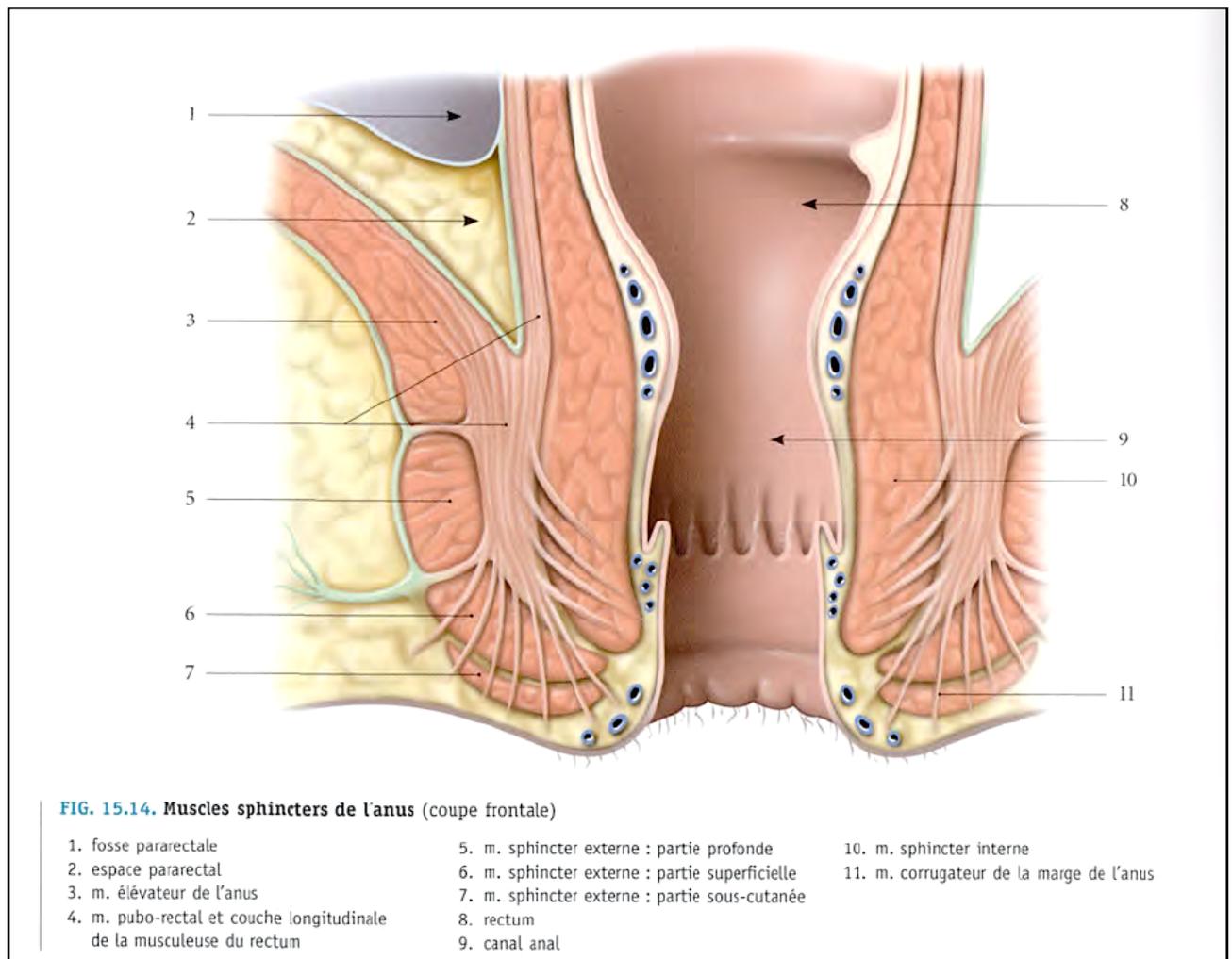
Cela peut expliquer la perte de cohésion avec le tissu sous muqueux du rectum chez la femme en post-partum avec le ligament encore fortement imprégné par la concentration hormonale très importante.

Chez la femme ménoposée, l'absence d'hormones lui fait perdre sa propriété élastique favorisant son altération.



Traité des maladies de l'anus et du rectum

NB : Il ne faut pas oublier qu'une grande partie de ces muscles sont entourés d'un tissu conjonctif formant l'aponévrose pelvienne, occupant toute la convexité pelvienne et donnant une intégrité au diaphragme pelvien ainsi que la formation du noyau fibreux central en son centre.



Coupe frontale représentant l'ensemble sphinctérien précédemment décrit - Kamina

I.2.4. LES GRANDES INNERVATIONS

(Voir annexe 9)

I.2.4.1. L'innervation anatomique

D'un point de vue anatomique, l'innervation extrinsèque ano-rectale se fait en trois parties, à savoir :

- Les nerfs splanchniques issus de la moelle épinière lombaire passant par la chaîne ganglionnaire para-vertébrale et formant le plexus hypogastrique supérieur.
- Le plexus honteux émanant des racines sacrées, donnant les nerfs pudendaux et érecteurs. Nerf pudendal pour la motricité de l'appareil sphinctérien externe et sensibilité des téguments de la zone périnéale.
- Le plexus hypogastrique inférieur provenant des nerfs hypogastriques et pelviens pour l'innervation extrinsèque de la vessie et du rectum.

I.2.4.2. L'innervation neurofonctionnelle

Il est plus simple de diviser l'innervation neurofonctionnelle en trois grands groupes :

- Innervation somatique extrinsèque (destinée aux muscles striés, concernant les fibres nerveuses provenant des foramens sacrés ventraux de S2, S3, S4 et formant la grande partie moteur du nerf pudendal) ;
- Innervation autonome extrinsèque (mélange des fibres sympathiques du plexus hypogastrique supérieur et parasympathique du plexus hypogastrique inférieur) ;
- Innervation autonome intrinsèque (complexe, peu connue qui est très développée dans la partie digestive).

Ce mélange de fibres somatiques, autonomes va servir à deux mécanismes importants, à savoir la défécation et la continence, liés à cette zone anatomique mais aussi et surtout à un tonus musculaire de base permettant une continence constante.

I.2.4.3. Tonus anal de repos

Ce tonus permet de fermer le canal anal, il est passif et non conscient.

Il dépend de plusieurs éléments :

- Le muscle sphincter interne (muscle lisse, involontaire et inconscient) qui participe à environ 50 % du tonus.
- Le muscle sphincter externe (muscle strié, volontaire et conscient) qui fournit 30 % du tonus de repos.
- Les plexus hémorroïdaires pour une contribution d'environ 20 % dans la continence au repos.

Le fonctionnement nerveux est donc complexe, anastomosé et dépend de plusieurs systèmes
Nous verrons, par la suite, la physiologie en rapport avec le rectum et le canal anal.

I.2.5. LA PHYSIOLOGIE HÉMORROÏDAIRE LIÉE AU RECTUM

(D'après A.-L TARRERIAS)

Les hémorroïdes sont en partie des réservoirs sanguins tout comme les veines au niveau de la peau mais sont aussi importantes dans la continence fine.

Elles sont tributaires de leur environnement car sont des parois veineuses.

Lorsque les selles se présentent au niveau du rectum, l'on observe une distension des parois et une stimulation de mécanorécepteurs qui déclenchent un signal allant jusqu'au cortex.

En outre, les mécanorécepteurs induisent un réflexe recto-anal inhibiteur amenant les matières fécales à la partie haute du canal anal.

Les matières seront, à ce niveau, analysées et différenciées en gaz ou selles : c'est la discrimination fine.

Enfin, le cortex autorisera alors la défécation ou la continence grâce aux voies descendantes passant par le centre supra spinal situé dans le tronc cérébral proche du centre de la miction. Ce centre permet la synergie ano-rectale mais peut aussi interrompre la défécation en cours.

I.2.5.1. Mécanisme de défécation

Il est constitué de plusieurs étapes faisant intervenir différents muscles :

- Poussée abdominale avec à une manoeuvre de Vasalva. Cela efface l'angle ano-rectal et redresse le rectum, ce qui positionne ce dernier dans l'axe du canal anal (la surélévation des pieds aide parfois à ce positionnement). Le muscle pubo-rectal se relâche tout comme le sphincter externe.
- Le muscle longitudinal de l'anus se contracte ce qui diminue la longueur du canal anal.
- Les selles passent en provoquant un réflexe ano-colique et amène, de ce fait, l'évacuation du colon descendant.
- Les faisceaux du muscle élévateur de l'anus, sauf le muscle pubo-rectal, se contractent rapidement pour limiter la descente du plancher périnéal et donc l'étirement des nerfs et des ligaments.
- Une fois l'exonération terminée, le sphincter externe et le muscle pubo-rectal se contractent, l'angle ano-rectal se referme.

Si une de ces étapes n'intervient pas, alors la défécation sera compliquée et incomplète : c'est ce qu'on appelle la constipation terminale.

Sur ce système de fonctionnement, l'on peut déjà constater que la zone rectale subit de multiples pressions.

En premier lieu, la dite zone subit une pression globale avec l'abdomen poussant dans un angle dirigé obliquement en bas et en arrière, amenant l'ensemble des viscères abdominales sur le sacrum et l'ensemble du périnée anal.

En second lieu, elle subit une pression spécifique avec le raccourcissement du canal anal, obligeant l'ensemble artériel et veineux à se déformer et devenant par la même occasion plus flexueux (sinusoïdal).

La poussée abdominale augmente le débit artériel et force, en conséquence, les plexus hémorroïdaires à se gorger de sang en jouant leur rôle de lac sanguin.

Une fois cette poussée terminée, le muscle pubo-rectal revient cravater le rectum, rajoutant de ce fait, une contrainte au retour veineux.

De manière générale, cette poussée abdominale est faite sur un mécanisme d'expiration puis d'inspiration qui abaisse les coupes diaphragmatiques, pour recommencer sur un mécanisme d'exonération.

D'évidence, lors de constipations où le sujet va forcer sur un laps de temps beaucoup plus long, le rectum subira de multiples contraintes.

Il convient de garder en mémoire que la pression de selles dures contre le rectum rajoute une contrainte mécanique de l'intérieur vers l'extérieur.

À titre d'illustration, un patient constipé depuis des mois, voire années, verra ses parois vasculaires fragilisées pouvant ainsi créer des mécanismes d'hémostases primaires répétés et de coagulation, créant des thromboses, une inflammation du tissu et des douleurs nociceptives consécutives.

I.2.5.2. Mécanisme de continence

Le mécanisme de continence dépend essentiellement de l'intégrité des réflexes ano-rectaux.

Il existe deux types de continence anale :

- Inconsciente, soumise aux réflexes et au muscle lisse ;
- Consciente, sollicitée quand le besoin est ressenti mais l'évacuation n'est pas autorisée par le cortex.

Cependant, consciente ou inconsciente, la continence n'est faisable que si la pression exercée par les matières fécales est inférieure à celle du canal musculaire faite par le tonus musculaire du sphincter interne.

Lors de la continence volontaire, l'ensemble des muscles formant le périnée est en contraction intense et ceci de manière plus ou moins prolongé dans le temps.

Le rectum se retrouve complètement comprimé ; La veine est tributaire des muscles environnant, sa lumière s'en voit drastiquement réduite provoquant un frein au retour veineux.

L'artère cependant a une paroi musculaire qui subit beaucoup moins la pression des muscles.

Le sang continue donc d'affluer sans pour autant pouvoir être drainé.

Les lacs sanguins hémorroïdaires s'engorgent et se distendent au niveau de la sous-muqueuse en direction de la lumière anale.

Observons que l'étude de la continence anale la plus classique repose sur l'analyse des tracés observés lors de la manométrie ano-rectale en couplant un ballonnet distenseur et un ou plusieurs capteurs dans le canal anal.

I.2.6. LA PATHOLOGIE HÉMORROÏDAIRE ET SON TRAITEMENT

(d'après J.-F. CONTOU)

Les hémorroïdes deviennent pathologiques lorsque leur drainage ne s'effectue pas correctement, provoquant dès lors une accumulation sanguine pouvant amener à diverses manifestations cliniques.

Les contraintes mécaniques au niveau des parois vasculaires provenant de l'environnement extérieur (viscéral, musculaire, selles) mais aussi intérieur (augmentation du débit et accumulation de sang) sont telles que les parois vasculaires sont forcées de devenir hyperdistensible.

Cet étirement finit par provoquer un dysfonctionnement de l'endothélium (intima) provoquant des micros lésions, des phénomènes d'hémostases se mettent alors en place.

L'inflammation présente provoque une activité de coagulation provoquant la formation d'un caillot pouvant s'élargir jusqu'à la thrombose.

De manière générale, l'étiologie de la pathologie hémorroïdaire n'est pas bien établie mais semble dépendre fortement de facteurs vasculaire et/ou mécaniques.

Il en découle deux théories:

- Vasculaire : elle implique les shunt artério-veineux qui s'ouvrent brutalement lors d'une augmentation du débit sanguin, modifiant la capacité d'adaptation du système vasculaire. Ce phénomène favorisera l'apparition de thrombus par phénomène de stase et donc de coagulation. De plus, la mise en tension des structures vasculaires peut favoriser les hémorragies au niveau des capillaires.
- Mécanique : elle est surtout admise pour expliquer les phénomènes de prolapsus avec les tissus conjonctifs (en particulier les ligaments de Parks) qui se dégradent avec l'âge ou deviennent hyperlaxes sous l'effet hormonale (femme enceinte).

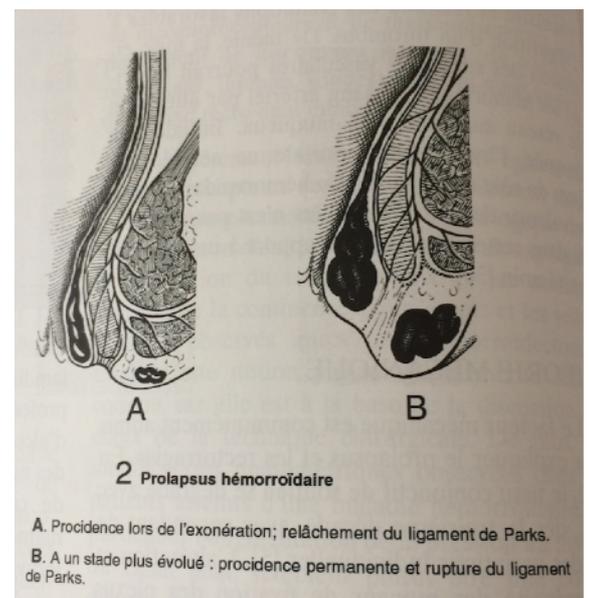
Toutefois, les dites théories n'expliquent pas l'ensemble des phénomènes car certains patients pourront avoir les mêmes anomalies histologiques sans pathologies hémorroïdaires.

I.2.6.1. Propre aux hémorroïdes internes

Leurs atteintes se manifestent principalement par des prolapsus et saignements dû à l'extravasation.

Le prolapsus est une extériorisation des hémorroïdes internes en dehors de l'orifice anal et est classé en quatre stades :

- 1er stade : hémorroïdes congestives ou hémorragique non prolabées ;
- 2ème stade : les hémorroïdes se prolabent pendant la défécation et se réintègrent spontanément ;
- 3ème stade : les hémorroïdes se prolabent pendant la défécation mais nécessitent une réintégration manuelle ;
- 4ème stade : les hémorroïdes se prolabent en permanence.



Traité des maladies de l'anus et du rectum

En fonction du stade, les ligaments de Parks sont alors simplement distendus et dans les cas les plus extrêmes, rompus.

Le traitement pour les stades intermédiaires et avancés de prolapsus sont chirurgicaux avec :

- La ligature élastique où le ou les paquets hémorroïdaires seront réintégrés dans le canal anal et « attachés » à ce dernier.
- La photocoagulation infrarouge où le ou les paquets hémorroïdaires sont brûlés ce qui provoque la nécrose localisée.
- L'injection sclérosante avec un produit chimique à base de chlorhydrate.
- L'hémorroïdectomie n'est faite qu'en dernier recours quand les traitements précédents n'ont pas fonctionnés.

Cependant, ces traitements provoquent de vives douleurs en post-opératoire et peuvent amener diverses complications (hémorragies, infections). De manière plus tardive, le patient peut être sujet à l'incontinence avec des besoins impérieux, des formations fibreuses et de façon plus rare des fistules.

I.2.6.2. Propre aux hémorroïdes externes

La principale manifestation clinique touchant les hémorroïdes externe est la thrombose. Elle peut être unique ou multiple et provoque une tuméfaction bleutée, œdématisée de la marge anale, accompagnée de possibles saignements.

La douleur sera alors permanente, non rythmée par la défécation mais d'intensité variable suivant la tension provoquée sous la peau.

Ces symptômes disparaissent généralement spontanément sous quelques jours et la tuméfaction peut rester quelques semaines si le caillot n'est pas éliminé entre temps par l'érosion de la peau.

Après cicatrisation, il peut y avoir la présence de replis de peau que l'on appelle marisques.

Le traitement sera alors préférentiellement hygiéno-diététique, associé à des pommades et des antalgiques suivant la douleur en attendant que le caillot ou la thrombose se dissolve.

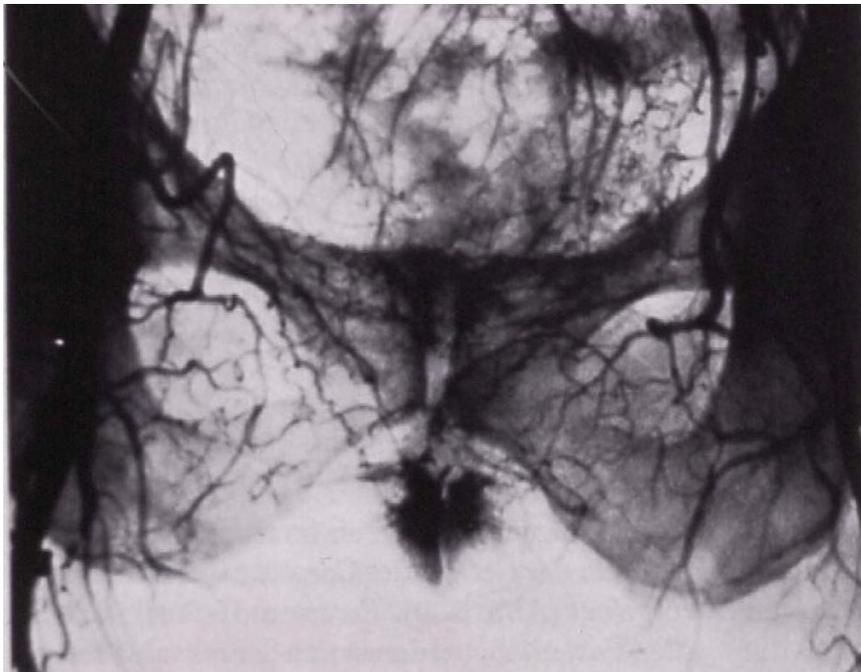
Il est nécessaire de rappeler que le faible nombre d'études validées explique que les données apportées résultent et s'appuient sur la notion d'accords professionnels.

I.2.7. LES PRINCIPAUX ÉLÉMENTS

Dans cette première partie nous avons pu mettre en évidence que les plexus hémorroïdaire dépendent de plusieurs structures comprenant :

- un contingent mécanique avec :
 - Le muscle pubo-rectal qui est un réel moyen de contention du rectum ;
 - Le plancher pelvien (contenant le muscle ci-dessus) jouant le même rôle en plus de contenir les pressions abdominales sus-jacentes et donc mettant en jeu le diaphragme ;
 - La consistance des selles pouvant altérer la muqueuse du rectum et rajoutant une pression supplémentaire dans le cas de la constipation.

- un contingent vasculaire comprenant :
 - l'intégrité des veines et donc des plexus avec sa distensibilité et son altération ;
 - leur relations avec l'organe hépatique grâce à la veine porte mais soutenu aussi par la veine mésentérique ;
 - l'importance du débit cardiaque en association avec les shunts artério-veineux.



Irrigation du petit bassin - DIU Dr Eléouet-Kaplan

II. PROTOCOLE

Nous avons vu et décrit précédemment la zone rectale et les différentes influences qu'elle subit. Nous pouvons donc supposer que la région du petit bassin sera susceptible de présenter des dysfonctions ostéopathiques et ce, de façon récurrente.

De plus, par les liens mécaniques, nerveux et vasculaires, nous pourrions éventuellement trouver des dysfonctions en dehors du cadre du pelvis. Tout cela sera susceptible d'influencer, de manière fonctionnelle, la vie quotidienne du patient atteint de ce syndrome.

Afin de répondre à la problématique posée précédemment, nous mènerons cette étude de la façon suivante :

II.1. GÉNÉRALITÉS

II.1.1. Le praticien

L'auteur sera le seul praticien dans cette étude, ce qui pourra éventuellement influencer la pratique. *Nous tâcherons de rester le plus neutre possible en ne tentant pas de perdre du temps sur certaines zones clés du mémoire.*

« La première sensation sera la bonne ».

II.1.2. L'examen ostéopathique

Il n'y aura pas de protocole spécifique visant certaines dysfonctions précises.

L'examen sera complet comme en clinique :

- Le motif de consultation sera demandé (car il peut être autre que le syndrome hémorroïdaire) ;
- Recherche des dysfonctions pariétales essentiellement de la colonne et du petit bassin tout en investiguant la cage thoracique, le membre supérieur comme inférieur ;
- Recherche complète viscérale tout en testant le plancher pelvien, le Noyau Fibreux Central (NFC : centre tendineux du périnée) ainsi que l'utérus si le sujet est une femme ;
- L'aspect cranio-sacré ne sera pas oublié en testant le mécanisme respiratoire primaire ;

Rester global, en trouvant les dysfonctions flagrantes, sera le but, même si le traitement qui suivra sera, quant à lui, systématisé.

UNITÉ DU CORPS :

Il convient de garder à l'esprit que le corps est un et indivisible et que toutes les structures sont en relation les unes avec les autres par l'intermédiaire de tissus, du système nerveux, du système vasculaire et du système hormonal.

Si une structure du corps présente une perturbation dans son fonctionnement, cela aura nécessairement une répercussion locale, péri-locale et/ou à distance sur d'autres tissus ou systèmes. L'ostéopathie est, de ce fait, une thérapie holistique prenant en compte le corps humain dans son ensemble.

Dans cette étude, un **bilan complet sera donc nécessaire** afin d'appréhender de possibles étiologies amenant à l'apparition de cette pathologie hémorroïdaire.

LA DYSFONCTION OSTÉOPATHIQUE :

Elle correspond à une restriction de mobilité ou de motilité d'un tissu qu'il soit conjonctif, épithélial, musculaire, nerveux.

Elle est perçue tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif et pourra avoir une répercussion sur d'autres tissus environnants.

Cette dysfonction peut avoir des étiologies différentes comme un traumatisme, des troubles posturaux, des pathologies diverses, psychologique, environnementale.

Elle peut s'accompagner de douleurs ou de gênes diverses comme des sensations de blocages, de tensions influençant le vie quotidienne du patient.

Il est donc important de relever les dysfonctions afin de faire des liens anatomiques.

LE CORPS POSSEDE SES PROPRES MÉCANISMES DE REGULATION :

Le corps fait fonctionner des mécanismes complexes pour lui permettre de s'adapter et guérir par lui-même afin de rétablir la fonction des tissus en lésion.

Ces processus complexes comprennent la cicatrisation des tissus en lésion, l'hémostase, l'homéostasie, les rétrocontrôles neurovégétatifs.

II.1.3. La population étudiée

Un groupe d'étude suivra un traitement spécifique, ils seront tous atteints du même syndrome.

II.2. MATERIEL

Comment recruter les patients et où réaliser les consultations ?

II.2.1. Recrutement des patients à l'hôpital de Bordeaux-Bagatelle

Le recrutement se réalisera au sein de cette structure qui comprend une unité spécialisée de proctologie.

Les patients seront choisis avec leur consentement et de façon anonyme dans cette structure hospitalière, avec l'aval du Dr F, PIGOT.

Le but de l'étude leur sera présenté.

Chaque patient bénéficiera de deux consultations ostéopathiques gratuites au sein de la clinique pédagogique s'il répond aux critères de sélection.

Il y aura une prise de contact avec l'explication précise de l'étude et de ses conditions de déroulement.

Aucun recrutement ne pourra se faire ailleurs car il est nécessaire d'avoir un examen clinique du proctologue afin de noter le type de plexus hémorroïdaire touché ainsi que son stade.

La majorité des patients seront, dans les mois qui suivent, traités chirurgicalement ou médicalement.

II.2.2. Critères d'éligibilité de la population

II.2.2.a) Critères d'inclusion

L'étude est faite sur des patients de tous âges et sexes confondus.

Le patient doit être atteint d'un syndrome hémorroïdaire interne ou externe pour la première fois ou de façon récidivante.

Tous les stades de cette pathologie peuvent être inclus dans l'étude.

Le patient peut avoir subi des opérations chirurgicales abdominales ou pelviennes.

II.2.2.b) Critères d'exclusion

Le patient ne doit pas être atteint d'une pathologie cardiaque ou hépatique, qui serait une contre indication à la technique ostéopathique de la grande manœuvre abdominale à visée hémodynamique faite pendant les consultations.

Si c'est une patiente, elle ne doit pas être enceinte car le mécanisme amenant au syndrome hémorroïdaire est essentiellement mécanique et le référentiel anatomique abdominal est différent.

II.3. METHODE

II.3.1. Formulaire et questionnaire

D'une part, un document sera donné au patient avec un formulaire de consentement éclairé que ce dernier devra signer.

D'autre part, un questionnaire pré-établi sera à remplir par le patient pendant la consultation, permettant de collecter les informations ostéopathiques nécessaires à l'étude.

Une anamnèse complète sera faite en suivant avec un possible motif de consultation différent.

II.3.2 Déroulement de la séance

Il sera nécessaire de vérifier, avec soin, que le sujet répond aux critères d'éligibilité.

La consultation se déroulera comme une séance ostéopathique habituelle en clinique, tout en remplissant un tableau dans le dessein de répertorier les dysfonctions ostéopathiques retrouvées.

Il y aura ensuite un traitement identique pour l'ensemble du groupe d'étude :

- La **mobilité du foie** sera traitée :
 - En rapport à ses fixités ligamentaires et épiploïques afin de retrouver une mobilité satisfaisante.
 - Il est le grand métaboliseur de l'organisme et permet une qualité sanguine au niveau des éléments figurés du sang.
 - Il est en lien direct avec la veine porte et pourra influencer cette dernière dans sa liberté locale.
 - Il est en lien direct avec le diaphragme via le ligament coronaire et les ligaments triangulaires.
 - La motilité sera cependant testée pour ne pas mettre de côté l'hypothèse qu'elle peut influencer sa mobilité.

- La **mobilité diaphragmatique** sera traitée pour :
 - Un équilibre des pressions intra-abdominales pouvant influencer directement le plancher pelvien ;
 - La libération des hiatus, en particulier celui de l'aorte abdominale et veine cave inférieure ;
 - La mobilité du foie et son lien avec le système porte qui peut être influencé.

Il sera corrigé de manière directe, comme toutes les autres techniques de ce plan de traitement et en déroulé tissulaire.

LA STRUCTURE GOUVERNE LA FONCTION

Il est un des grands concepts émis par Dr Still, père fondateur de l'ostéopathie, décrivant l'interdépendance entre les différentes structures du corps avec leurs fonctions.

Par exemple, une perturbation de la mobilité du foie influencera ses fonctions multiples.

La dysfonction peut aussi apparaître sur un tissu par mécanisme d'adaptation ou de compensation face à une autre dysfonction en lien direct ou à distance.

En exemple, une perturbation de la mobilité du foie pourra entraîner une perturbation de la mobilité diaphragmatique.

Dans cette étude, une perturbation d'un de ces deux organes aura possiblement une répercussion à distance sur le syndrome étudié.

• La **technique de pelvis lift** sera effectuée pour :

- Une libération, une redynamisation du hamac pelvien afin de libérer de façon locale suivant le principe des quatre cadrans (deux antérieurs et deux postérieurs) ;
- Il aura une action indirecte de recentrage du noyau fibreux central où s'insère une grande partie du sphincter anal externe vu précédemment.

Les muscles s'y insérant auront donc une course plus physiologique et équilibrée.

- À l'aide des vibrations faites par la main, l'onde créée aura une action sur les tissus contenus dans un plan plus profond et donc aura une action sur le muscle pubo-rectal et le tissu viscéral du rectum.
- Les contraintes mécaniques tissulaires pouvant influencer les plexus veineux hémorroïdaires.

• La **grande manoeuvre abdominale à visée hémodynamique** pour :

- Globalement potentialiser les techniques précédentes en favorisant un apport et un retour sanguin général.

Dès lors, nous nous baserons sur un aspect mécanique et vasculaire en se rapprochant des deux approches étiologiques de l'apparition du syndrome, développé par la médecine.

Les liens médullaires neurovégétatifs ne seront pas touchés car cela ajouterait une interrogation sur le fait de savoir lequel des traitements mécanique, vasculaire ou nerveux a eu un effet sur le patient.

Toutes ces techniques auront donc une visée :

- **spécifique** à l'organe
- **globale** car elles sont interdépendantes,

en recherchant l'objectif liquidien avant tout, c'est pour cela que nous travaillons de l'aval vers l'amont pour ne pas provoquer d'engorgement supplémentaire

Ainsi, ce traitement sera basé sur deux grands concepts ostéopathiques.

LA LOI DE L'ARTÈRE EST SUPRÊME

Il est inconcevable de parler de ce protocole de traitement sans évoquer cette loi.

En effet, pour que les processus de guérison du corps soient efficaces et que le corps fonctionne de façon physiologique, il est important que l'ensemble des cellules reçoive un apport suffisant, constant en glucose/oxygène/protéines/enzymes mais aussi qu'elles soient débarrassées de leurs déchets.

Pour cela, il est obligatoire que le sang artériel, veineux, lymphatique puisse circuler librement.

Le mouvement est la clé de voute dans la facilitation de l'acheminement des liquides.

Dans cette étude, il sera donc impératif de traiter le diaphragme pour avoir un impact sur les deux hiatus comprenant l'aorte et la veine cave inférieure.

II.3.3. Fiche de suivi patient

Le patient sera consulté pour une deuxième séance qui sera, au préalable, prévue avec ce dernier.

Cette séance sera faite 2 semaines après la première.

Le patient sera interrogé sur l'évolution de sa douleur ou gêne sur une échelle visuelle de 0 à 10, informations demeurant néanmoins subjectives.

Un bilan ostéopathique complet sera refait ainsi que le même protocole de traitement car il ne faut pas oublier que c'est dans la répétition que le traitement aura un certain effet, d'autant plus si le syndrome est installé depuis un certain temps.

Dans cette étude, il convient de laisser du temps au corps pour s'adapter au traitement effectué pendant la première séance afin de permettre à ces mécanismes **d'homéostasie** de s'exprimer et laisser le corps se diriger lui-même vers le chemin de la guérison.

II.3.4. Collecte des informations et interprétation statistique

L'ensemble des informations sera ensuite traité et incorporé dans un logiciel pour permettre le développement des tableaux statistiques et récapitulatifs indispensables à l'analyse des informations.

III. RESULTATS ET ANALYSES

III.1. GROUPE D'ÉTUDE

III.1.1. Renseignements généraux et hygièno-diététiques

Cette étude est réalisée grâce à la participation de 6 patients, 3 hommes et 3 femmes pour une moyenne d'âge totale de 44 ans.

De plus, 2 des femmes sont multipares.

Tous ont un indice de matière grasse ne dépassant pas un IMC de 25 et 4 pratiquent une activité sportive quotidienne.

100% ont une consommation d'alcool dans le mois et **50%** dans la semaine.

4 patients (**67%**) fument de façon régulière entre 5 et 10 cigarettes par jour.

Enfin, tous les patients se disent stressés ou fatigués de façon récurrente.

III.1.2. Renseignements en lien avec la pathologie

Nous remarquons que les hommes sont exclusivement atteints d'un syndrome hémorroïdaire externe, à l'inverse, les femmes sont atteintes d'un syndrome hémorroïdaire interne (cela ne représente pas une réalité, il n'y pas d'atteintes spécifiques selon le sexe).

Tous les patients sont touchés par ce syndrome depuis au moins 3 ans avec une fréquence variable entre 3 et 4 fois par an.

83.3% des patients se disent gênés au quotidien par cette pathologie et **100%** ressentent des douleurs.

Leur douleur est ressentie lors des phases de crise essentiellement (inflammation des plexus hémorroïdaire). Ces poussées inflammatoires peuvent durer de façon variable entre 2 et 7 jours à horaire diurne uniquement.

III.1.3. Renseignements liés à la sphère abdominale et pelvienne

66,7% des patients présentent un trouble à la défécation qu'il soit de type diarrhée , constipation ou une alternance des deux.

66,7% ont subi une opération chirurgicale abdominale pour :

- appendicite
- exérèse de polypes lors d'une coloscopie.

83,3% ont des antécédents **familiaux** touchant le rectum à savoir une pathologie hémorroïdaire ou un cancer du colon.

III.2. BILAN OSTÉOPATHIQUE ET SUIVI

CODE COULEUR	Articulaire	
	Musculaire	
	Axe craniao-sacré	
	Viscéral	
	Suivi	

Cranio-sacré	MRP	66,7 %
	Sacrum	50 %

Cervicales	C0-C1	50,0 %
	C3-C4	50,0 %

Vertèbres thoraciques	T9	33,3 %
	T12-L1	50,0 %

Diaphragme	Inspi	100 %
Suivi	Présence	50 %

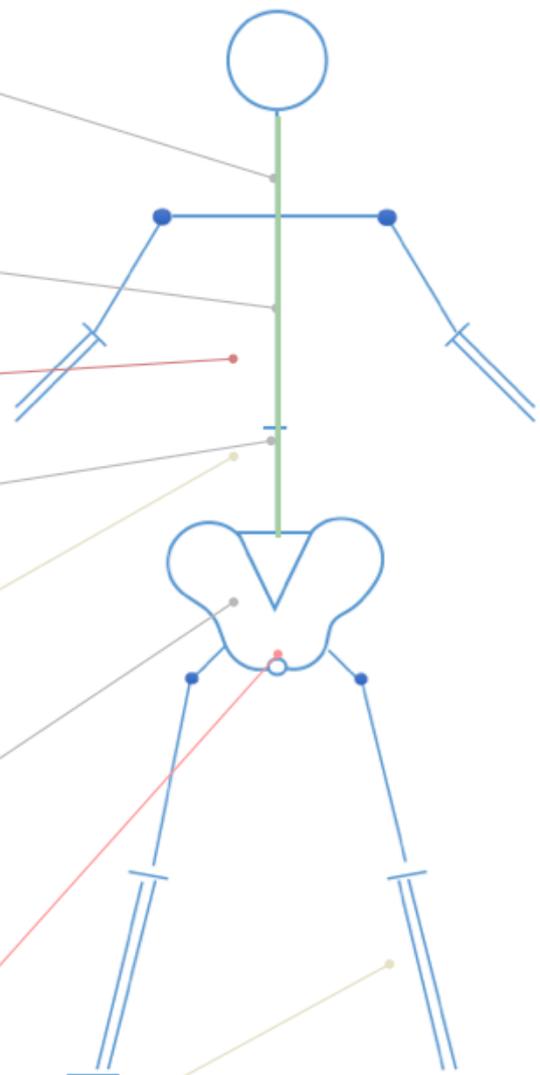
Vertèbres lombaires	L1 - L2	100 %
	L1	66,7 %
	L5 - S1	66,7 %

Viscéral	Estomac	50 %
	Foie	66,7 %
	-> Suivi	50 %
	Rectum	50 %

Bassin	Iliaque	100 %
	Pubis	50 %
	Coccyx	66,7 %

Plancher pelvien	Présence ?	100 %
	Postérieur G inspi	50 %
	Postérieur D inspi	50 %
Suivi	Présence	50 %

Varices	présente	33,3 %
----------------	----------	--------



III.3. ANALYSES ET HYPOTHÈSES OSTÉOPATHIQUES

L'ensemble des dysfonctions retrouvées lors de la première et de la deuxième séance nous permettent de formuler certaines hypothèses.

Le nombre de patients et les statistiques qui en découlent ne permettent cependant pas d'affirmer que telle ou telle dysfonction ostéopathique est significative de l'apparition d'une pathologie hémorroïdaire.

Les différentes argumentations se feront autour des dysfonctions les plus récurrentes.

Nous suivrons également l'ordre de notre traitement, en médecine chinoise : « les hémorroïdes sont l'oeil du foie », nous commencerons donc par une réflexion autour de cette organe et de ses tissus de soutien.

III.3.1. Mobilité et Motilité hépatiques

66,7 % des patients avait une mobilité hépatique dysfonctionnelle et on retrouvait **50 %** des sujets dont la motilité hépatique était touchée.

Par cette atteinte de motilité, cela provoque par principe ostéopathique un mouvement cellulaire anarchique et non rythmé se répercutant sur la fonction du foie.

Il ne remplit plus son rôle de manière optimale (métabolisation, production des facteurs de coagulation, prise en charge des déchets multiples circulant dans le sang qui dépendent d'un bon fonctionnement des hépatocytes).

La qualité sanguine en est donc directement touchée avec une accumulation de déchets ainsi qu'un processus d'hémostase de moins bonne efficacité.

La coagulation se faisant au niveau des plexus hémorroïdaires provoquée par la stagnation de sang et/ou une altération de l'endothélium vasculaire. Elle mettra plus de temps à se dissiper grâce à la fibrinolyse.

Ceci aura un impact direct sur le temps de la crise hémorroïdaire en la prolongeant.

Sa mobilité dépend de la respiration et donc du diaphragme auquel il est directement fixé, une dysfonction diaphragmatique au niveau de la coupole droite aura une répercussion importante sur cette glande.

De plus, le foie est innervé par le nerf vague pouvant l'influencer dans sa mobilité.

Ce nerf passe par le hiatus oesophagien du diaphragme contre la jonction oesophage/estomac où il forme un plexus. Il remonte ensuite vers l'articulation C0/C1 pour enfin passer dans le trou déchiré postérieur au niveau de la base du crâne.

Toujours par lien neurologique, la capsule de Glisson, tunique fibreuse et sensitive du foie et innervée par le nerf phrénique pourrait lors d'une atteinte hépatique venir irriter ce dernier de manière globale et ainsi avoir une incidence sur les vertèbres en relation à savoir C3-C4-C5 et également sur ses fibres motrices à destination diaphragmatique.

Il est aussi vascularisé par le tronc coeliaque provenant de l'aorte abdominale passant elle aussi par le diaphragme grâce au hiatus aortique (T12).

III.3.2. Hypothèse ostéopathique autour du diaphragme

On le retrouve en dysfonction dans **100 %** des cas.

Rappel : Grand muscle de la respiration, important dans l'équilibre des pressions entre les deux grandes cavités thoracique et abdominale en s'adaptant à son environnement.

Comme le diaphragme pelvien, il s'abaisse lors de l'inspiration, provoquant une augmentation de la pression abdominale se répercutant directement sur les viscères sous jacents (et donc sur le plancher pelvien).

Lorsque sa mobilité est contrainte, il peut y avoir une compensation mécanique au niveau de ses insertions rachidiennes, plus précisément au niveau de la charnière T12-L1 et L1/L2 avec les piliers diaphragmatiques et les arcades ligamentaires.

Il permet l'insertion des attaches ligamentaires hépatiques et nous l'avons dit, il peut donc générer une perte de mobilité de ce dernier.

Le nerf phrénique, constituant l'innervation motrice du diaphragme, peut être irrité par un trouble hépatique et donc entraîner l'adaptation des vertèbres C3-C4-C5 ainsi que perturber la mobilité diaphragmatique.

Le diaphragme se voit traverser par 3 hiatus :

- Le hiatus aortique : ligamentaire, au niveau de T12/L1
- Le foramen de la veine cave inférieure : musculaire et en relation avec la vertèbre T9
- Hiatus oesophagien : avec le passage du nerf X, vertèbre T10

Si la mobilité diaphragmatique se retrouve perturbée, les différents éléments vasculo-nerveux et viscéraux empruntant ces hiatus peuvent en être influencés.

En résumé le diaphragme peut expliquer un grand nombre des dysfonctions retrouvées majoritairement mais peut être à l'inverse victime des liens évoqués ci-dessus.

III.3.3. Hypothèse ostéopathique sur le bassin et le plancher pelvien.

Rappel : Le périnée, diaphragme pelvien, par l'influence du diaphragme thoracique et des viscères se voit effectuer des mouvements de descente à l'inspiration et d'ascension à l'expiration, il est donc soumis à des pressions sus-jacentes.

Les muscles qui constituent cet ensemble ont pour rôle d'amortir ces pressions.

Le bassin retrouvé en dysfonction sur tous les patients, est le lieu de rencontre des forces gravitationnelles en position érigée et lors de la marche.

Il permet l'insertion de multiples muscles constituant le plancher pelvien et peut, en état de dysfonction venir parasiter cet ensemble musculaire et ainsi avoir une répercussion sur le noyau fibreux central, par le lien aponévrotique.

En associant une position non physiologique du coccyx, celui-ci rajoutera une contrainte aux tissus musculaires et conjonctifs entourant le rectum.

De plus, les troubles musculaires qui s'en suivent auront un impact direct sur le rectum provoquant un possible étranglement de ce dernier et dans une moindre mesure une modification de l'angle ano-rectal via le muscle pubo-rectal.

Par la même, ils amèneront un trouble de la circulation sanguine locale et donc un phénomène de stagnation.

Le sang étant ralenti dans son mouvement, il entame un processus de coagulation pouvant continuer jusqu'au phénomène de thrombose.

L'ensemble de ces éléments vient ainsi perturber le rôle de soutien du plancher pelvien.

Il sera d'autant plus contraint de retrouver un point d'équilibre différent et nous retrouverons l'apparition de cadrans en perte de mobilité.

Pendant la deuxième séance, il a été remarqué une nette amélioration de la mobilité des différents cadrans pelviens excepté sur celui des femmes.

La perte de mobilité pourrait être liée au traumatisme de l'accouchement ainsi qu'à la ménopause qui provoque un dérèglement hormonal ayant une incidence sur les tissus de soutien qui perdent en élasticité.

III.3.4 Hypothèse ostéopathique concernant les vertèbres L1 et L2

Ces deux vertèbres permettent l'insertion des arcades du diaphragme au niveau de leurs processus transverses.

De plus, à ce niveau l'émergence des nerfs permet la formation du plexus hypogastrique supérieur et inférieur qui innervera les muscles lisses de l'artère mésentérique inférieure entre autres.

L'irritation provoquée sur les ganglions sympathiques de la chaîne latéro-vertébrale peut avoir pour conséquence un spasme des artères sous mésentériques en augmentant leurs débits.

L'afflux de sang sera alors mal géré au niveau du rectum provoquant une ouverture des shunts artério-veineux et un remplissage abondant des lacs veineux que forment les plexus hémorroïdaires.

Libérer cette dysfonction aurait pu avoir un impact considérable en aidant le système neurovégétatif à se réguler autour de ce système artériel dense mais aurait aussi participé à un gain de mobilité pour le diaphragme.

III.3.5. Fluctuation du liquide céphalo-rachidien et mobilité respiratoire primaire

Rappel: Un état de stress entraîne une adaptation du corps qui sollicitera le système orthosympathique sur une courte durée. Or, pendant un stress sur une plus longue période, ce système d'adaptation finit par s'épuiser dirigeant le patient vers un état de parasympathicotonie.

Ces deux systèmes neurovégétatifs sont ressentis lors des fluctuations du LCR.

Le liquide céphalo rachidien faisant partis du MRP influence directement son rythme le plaçant dans une situation d'extension MRP dans le cas de la parasympathicotonie ou flexion MRP à l'inverse.

Selon le Dr Pigot, le stress et la fatigue sont deux facteurs déterminants dans l'apparition de cette pathologie.

Lors de notre anamnèse, les patients ressentaient en effet un stress ou une fatigue régulière.

De plus, **66,7 %** des patients avaient un rythme MRP lent avec une phase d'extension favorisée.

Sur un état de parasympathicotonie, la réaction inflammatoire est plus lente et le système immunitaire est affaibli ce qui peut avoir un lien direct avec la durée de l'inflammation prolongée au niveau des plexus hémorroïdaires.

N'ayant pas testé les fluctuations du LCR, nous n'avons pas pu corréler la mobilité respiratoire primaire avec les fluctuations liquidiennes.

III.3.6. Analyse de l'E.V.A.

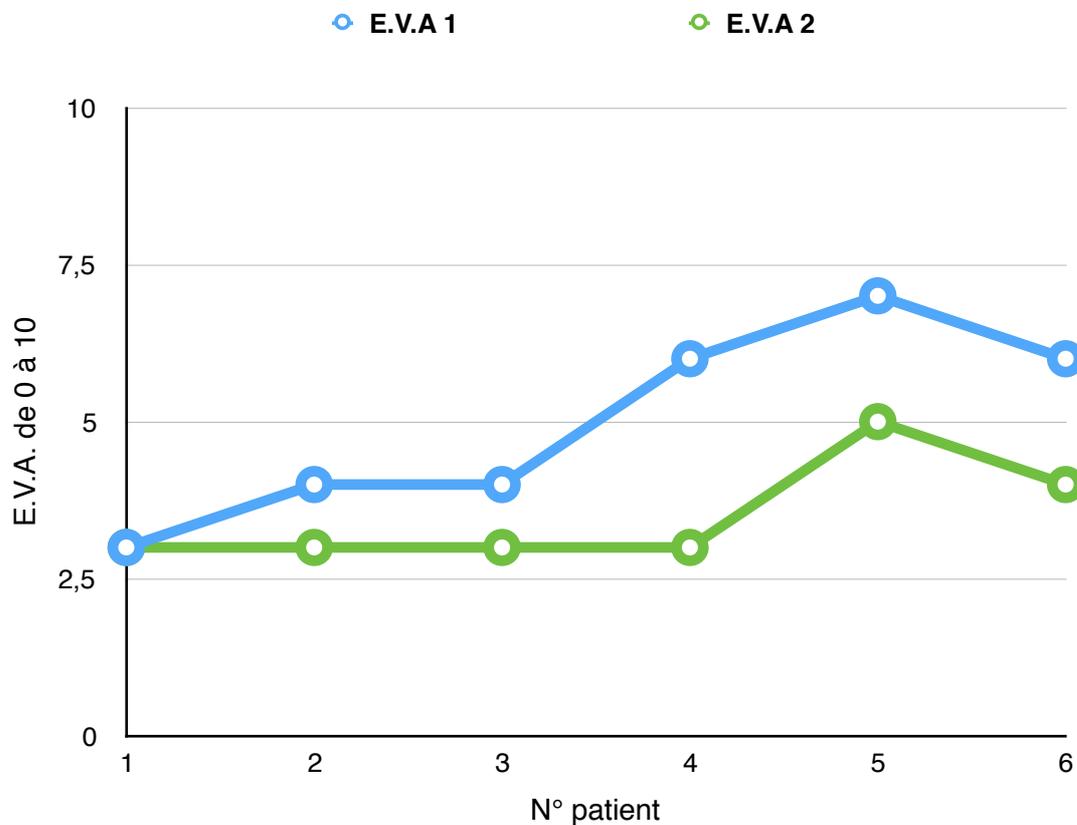
La démarche de ce mémoire s'est faite par une évolution de la douleur grâce à deux séances en la quantifiant grâce à une échelle visuelle analogique.

La moyenne de la douleur sur la première séance était de 5 pour terminer sur une moyenne de 3,5 à la deuxième séance.

Seulement un patient n'a pas senti de différence et à l'inverse, une autre personne a remarqué une amélioration importante de son état.

Le calcul de cette statistique s'est faite grâce à un test des rangs signés de Wilcoxon pour échantillons appariés.

Le résultat nous donne un p-value qui est de 0,05 signifiant que le traitement a eu un impact sur la diminution de la douleur des patients.



III.4. DISCUSSION

III.4.1. APPORT DE L'OSTÉOPATHIE

Nous avons vu que les dysfonctions ostéopathiques liées au syndrome hémorroïdaire sont nombreuses.

Un suivi régulier sur les patients atteints de cette pathologie permettrait d'apporter une amélioration sur leur quotidien et de diminuer leurs douleurs ou gênes pendant la défécation qui reste un phénomène physiologique.

Les alternatives de traitements étant peu nombreuses, cela permettrait au patient de ne pas subir une opération chirurgicale lourde pouvant amener des complications post-opératoire.

De même, il ne serait pas obligé de suivre une médication lors de l'apparition du syndrome. Le sujet n'aurait plus à appréhender la prochaine crise hémorroïdaire.

Au vu de ce mémoire et des résultats apportés, il paraît important de traiter le diaphragme ainsi que le plancher pelvien présents majoritairement dans cette étude afin d'équilibrer les pressions au niveau de la sphère abdominale mais aussi pour laisser un crédit de mobilité supplémentaire aux viscères pour leur permettre de s'exprimer lors de la respiration.

La loge hépatique reste une zone clé dans le traitement par son lien direct vasculaire mais aussi par son rôle avec l'hémostase qui est présente lors de l'apparition de ce syndrome.

La manoeuvre hémodynamique globale reste utile (même si non quantifiable) car permet de potentialiser les techniques précédentes mais aussi de drainer l'ensemble des viscères qui peuvent eux aussi participer à freiner la circulation sanguine.

Les plexus hémorroïdaires se situant au bout de la chaîne vasculaire abdominale, ils reflètent un problème de retour veineux plus général. La présence de ce syndrome lors de notre anamnèse peut donc être un renseignement supplémentaire pour l'élaboration d'un traitement ostéopathique avec un motif de consultation différent.

Le traitement visait à diriger le patient vers l'allègement de la symptomatologie de ce syndrome mais également et de façon plus globale, une amélioration du retour veineux.

Par ailleurs, nous avons observé pour certains une amélioration du transit.

Au vu de ce que nous avons observé, des conseils simples peuvent être donnés au patient afin qu'il améliore sa guérison. Des exercices de respirations lentes peuvent être proposés pour faire travailler leur retour veineux au même titre qu'une élévation des pieds lors des défécations pour limiter l'action du muscle pubo-rectal dans son rôle de cravate du rectum. Pour les patients qui ont l'habitude de passer du temps aux toilettes en lisant ou autre, bien les renseigner sur le fait qu'un temps prolongé dans cette situation amène d'énormes tensions sur les muscles pelviens et étire le rectum en l'amenant en position basse.

III.4.2. LIMITES ET BIAIS

Il existait un seul mémoire sur les hémorroïdes fait en 1989 ce qui peut expliquer l'existence de biais et de limites pouvant être améliorés par la suite.

Nous avons étudié un nombre insuffisant de patient pour que l'étude soit qualifiée de significative.

Le temps imparti reste trop court, il aurait été intéressant de vérifier si l'ostéopathie peut avoir une influence dans l'année qui suit :

- sur les fréquences d'apparition de crise hémorroïdaire;
- sur le temps de l'inflammation.

De plus, il peut être intéressant de séparer le groupe d'étude avec un panel de patient ayant d'une part une atteinte des hémorroïdes internes et d'autre part une atteinte des hémorroïdes externes.

En outre, l'aspect nerveux n'a pas été pris en compte dans ce mémoire car nous nous sommes basés sur les deux grandes théories émises par la médecine qui sont rappelons le, mécanique et vasculaire.

Un traitement cranio-sacré peut apporter une solution supplémentaire au traitement de cette pathologie.

Nous ne pouvons pas en déduire quelle technique a eu tel ou tel effet et s' il aurait été possible de ne traiter qu'un seul organe ou alors si l'ensemble du traitement reste nécessaire pour obtenir un résultat convenable.

Enfin, chaque patient avait sa propre histoire avec des antécédent chirurgicaux pour certains.

En effet, une exérèse des polypes lors d'une coloscopie peut entraîner des fixations tissulaires au niveau de la paroi intestinale ce qui peut ajouter un frein au retour veineux et à la circulation sanguine locale. Il en va de même pour une opération suite à une perforation intestinale, laissant une cicatrice profonde et conséquente sur une grande partie de la ligne blanche du muscle grand droit de l'abdomen.

L'aspect héréditaire sur l'atteinte des plexus hémorroïdaire étant non prouvé, cela laisse un point d'interrogation supplémentaire quant à leurs circonstances d'apparition.

CONCLUSION

Cette étude a permis de montrer que la pathologie concernant les hémorroïdes peut provenir de plusieurs dysfonctions ostéopathiques qu'elles soient mécaniques et/ou vasculaires.

Le diaphragme ainsi que le périnée étant en perte de mobilité sur tout le groupe d'étude, le jeu de pression intra-abdominale semble être fortement impliquée dans l'apparition de cette pathologie.

L'organe hépatique en lien vasculaire direct et relais important au retour veineux de la zone rectale pourrait également constituer un facteur d'apparition de ce syndrome.

L'étiologie des pertes de mobilités hépatique et diaphragmatique restent cependant à déterminer pour les traiter au mieux.

L'intérêt d'un suivi ostéopathique au long cours nous permettrait d'apporter une réponse intéressante à cette pathologie et on sait que c'est dans la répétition que l'ostéopathie apporte le plus.

La systématisation d'un traitement ne peut-être envisagée car chaque patient possède sa propre histoire et habitudes de vie qui amèneront différentes adaptations propres à chacun.

Le diagnostic différentiel de la zone rectale étant complexe (fissure anale, abcès, eczéma, rectocolite hémorragique, maladie de Crohn), nous nous sommes rendu compte qu'il n'est pas aisé de diagnostiquer une pathologie hémorroïdaire.

Pour un patient venant nous consulter en première intention, il serait probablement plus judicieux, avant d'entamer un traitement ostéopathique, de disposer au préalable d'un diagnostic fait par un médecin proctologue.

Ce mémoire m'a permis d'évoluer dans une structure hospitalière sensible à cette médecine alternative qu'est l'ostéopathie.

Assister à de multiples examens cliniques des Dr F, Pigot ; Dr C, Favreau-Weltzer ; Dr Eleouet-Kaplan m'a également permis de mieux appréhender, anatomiquement, la zone rectale grâce aux

commentaires avisés de ces médecins spécialisés rapportant leurs propres expériences et connaissances.

La plupart des patients recrutés ne se doutaient pas que l'ostéopathie pouvait intervenir sur les viscères et potentiellement sur le syndrome hémorroïdaire.

Cet environnement hospitalier a permis de rassurer le patient pendant le recrutement pour former le groupe d'étude. En effet, l'appui du médecin, déjà conscient du bénéfice apporté par un traitement ostéopathique, incitait le patient à y participer.

Le pôle proctologie de l'hôpital de Bordeaux-Bagatelle reste ouvert à la venue d'ostéopathe.

Il est ainsi possible de continuer des études concernant cette zone si peu investiguée, encore trop taboue et touchant une bonne partie de la population.

BIBLIOGRAPHIE

KAMINA, P. (2007) . *Anatomie clinique thorax & Abdomen* ed: Maloine

SOBOTTA, J. (2013) . *Atlas d'anatomie viscères tome 2* ed: Lavoisier

NETTER, F. (2015) . *Atlas d'anatomie humaine 6eme édition* ed: Elsevier Masson

MARIEB, E. HOEHN, K. (2015) . *Anatomie et physiologie humaine* (9e éd. traduit par MOUSSAKOVA, L. LACHAINE, R.) ed: Pearson

SIPROUDHIS, L. PANIS, Y. BIGARD M-A. (2006). *Traité des maladies de l'anus et du rectum.* ed : Elsevier Masson

BLANC, B. SIPROUDHIS, L. (2005). *Pelvi-périnéologie du symptôme à la prise en charge thérapeutique.* ed : Springer

Dr ELOUET-KAPLAN, M. *DIU Hospitalier, rappel anatomie : Les hémorroïdes*

DE PARADES, V. (2013). *La coloproctologie médicochirurgicale : une histoire française Côlon & Rectum, volume 7 numéro 1, page 49 - page 53.*

PETIT, P. VINSON BONNET, B (2012). *Chirurgie des hémorroïdes : prise en charge mini-invasive ou radicale ? . Côlon & Rectum, volume 6 - numéro 3 , page 190 - page 193.*

Dr F. PIGOT. *Faut-il explorer une dyschesie?* snfcp.org

HIGUERO, T. (2014). *Recommandations pour la pratique clinique du traitement de la maladie hémorroïdaire . Côlon & Rectum, volume 8 - numéro 2 , page 105 - page 109.*

BARRAL, J-P. MERCIER, P. (2004). *Manipulation viscerale 1 .* ed: Springer

BARRAL, J-P. MERCIER, P. (2004). *Manipulation viscerale 2 .* ed: Springer

CHAUFFOUR, P. PRAT, E. MICHAUD, J. (2009) *Le lien mécanique osteopathique : Artères et système neuro-végétatif .* ed: Sully

VERNA, P. (1989) *Syndrome hémorroïdaire et concept osteopathique (mémoire en vue du diplôme d'ostéopathie)* Lyon

ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire de consentement éclairé du patient



Collège Ostéopathique de Bordeaux

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Jean-Roger Guyot vous a proposé de participer à une recherche dans le cadre de son mémoire de fin d'études ostéopathiques intitulé :

« Élaboration d'un traitement ostéopathique adapté à la pathologie hémorroïdaire »

Je soussigné(e) :

Sexe : ♀ ♂ Nom / Prénom : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Tel : _____

Mail : _____

Certifie :

Avoir été informé(e) des modalités de l'étude de recherche ostéopathique dont le praticien réalisant les séances est :

- Jean-Roger Guyot au sein de la clinique pédagogique de l'école

J'accepte de participer librement à cette étude dont j'ai bien compris l'intérêt et les modalités pratique de réalisation (traitement statistique).

Je peux arrêter ma participation à cette étude à tout moment.

Préservation de l'anonymat

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / ____

Signature du patient
Précédé de la mention « lu et approuvé » :

Nom et Signature du praticien :

Annexe 3 : Tableau statistique

Annexe 3.1.

DYSF - DONNÉES / N° Patient		1	2	3	4	5	6	TOTAL	Diff avec Total
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX									
Sexe (M = case cochée)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	50,0 %	50,0 %
-> DDN		29/07/1965	9/2/1958	20/04/1968	30/10/1960	20/7/1990	22/5/1990		
-> Âge au : 03/04/2017		51	59	48	56	26	26	44 ans	
Taille (m)		1,82	1,58	1,73	1,72	1,75	1,80	1,73	
Poids (Kg)		69	63	68	70	75	75	70,0	
Syndrome hémorroïdaire depuis (années)		10	5	8	25	3	4	9,2	
Atteinte hémorroïdes internes		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,5	
Atteinte hémorroïdes externes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,5	
Durée moyenne de la crise (jours)		5	7	2	3	6	7	5,0	
Fréquence / an		3	3	4	4	3	3	3,3	
Horaires de la douleur	Diurne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	100,0 %	
	Nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,0 %	
Démangeaisons	Oui	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	66,7 %	
	Non	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33,3 %	
Défécation	normale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33,3 %	
	trouble (diarrhée/constipation/aleternance)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50,0 %	
	fréquence	3/s	2/j	1/j	1/j	1/j	2/j		
Saignements	oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	50,0 %	
	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,0 %	
	Précision				papier	papier	papier		
Gêne au quotidien	Assis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	83,3 %	
	Couché	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,0 %	
	Debout	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16,7 %	
	À la marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	50,0 %	
	Selle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	50,0 %	
E.V.A 1 (de 0 à 10)	3	4	4	6	7	6	5,0		
E.V.A 2 (de 0 à 10)	3	3	3	3	5	4	3,5		
Type douleur	Pulsatile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	33,3 %	
	brulure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	50,0 %	
	Localisé	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	100,0 %	
Sphère digestive	Ballonnement fréquent juste après les repas			ballonnement après les repas , gaz fréquent		Gaz	Ballonnement après le repas, gaz		
Sphère céphalique			myope , astigmat, presbite	vertige , presbite , astigmat , myope	presbyte				
Sphère urinaire	cystites				cystite				
Sphère gynéco	2 enfants , ménopause		ménopause		2 enfants , ménopause				
État général	Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	50,0 %	
	Fatigue	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	66,7 %	

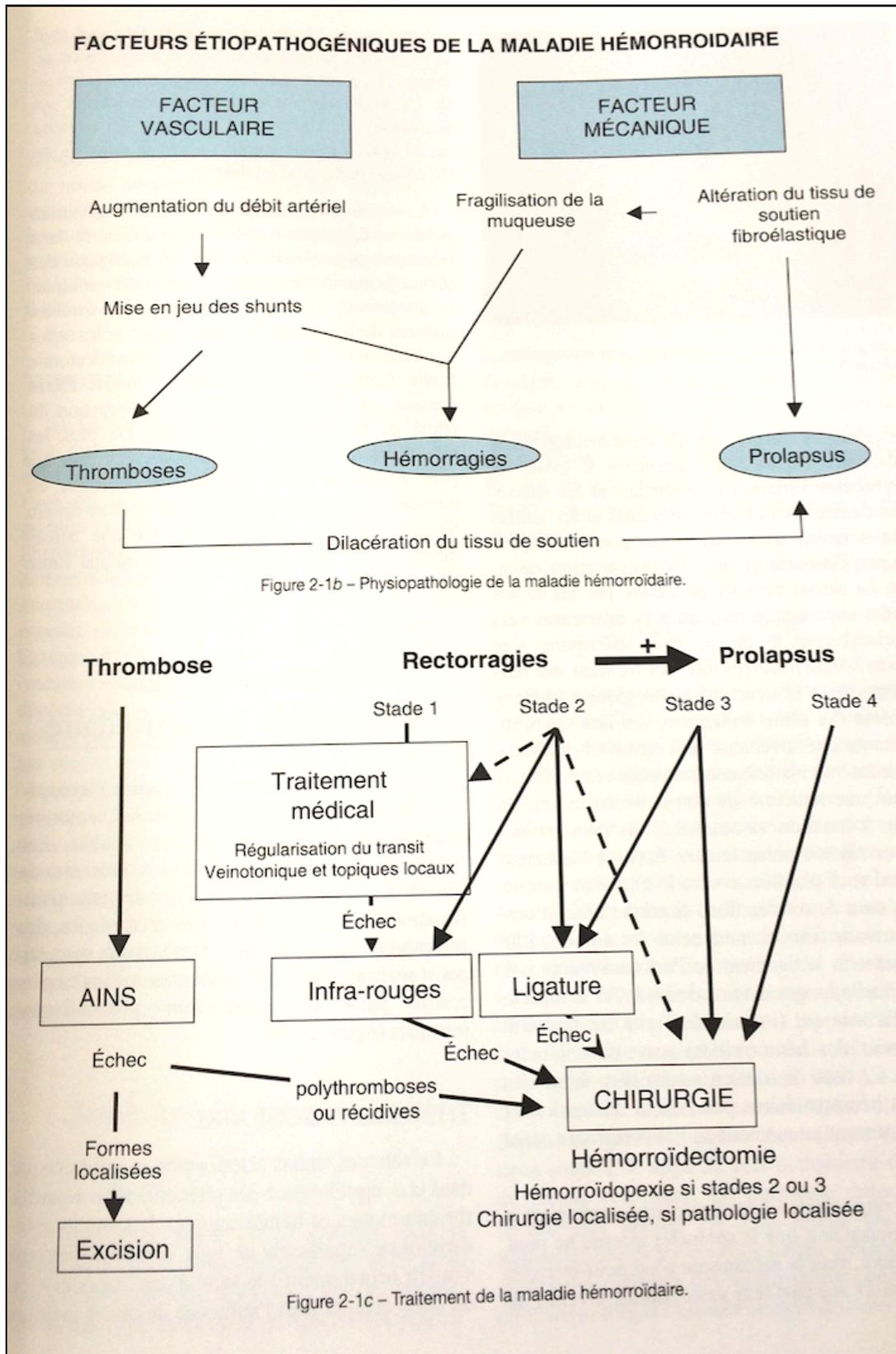
Annexe 3.2.

DYSF - DONNÉES / N° Patient		1	2	3	4	5	6	TOTAL	Diff avec Total
HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUE									
Sport, activité physique	Oui ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		60,0 %
	Rythme, détail		1/s footing, yoga	2/s renforcement, vélo		3/s tennis, foot	2/s course, renforcement		
Nutrition	Préférence alimentaire ?	légume/viande	légumes	légume / fromage	légume / fromage	viande / fromage	féculents / fromage		
	Salé	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		33,3 %
	Sucré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		33,3 %
	Épicé	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		16,7 %
	Acide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		16,7 %
Hydratation	Nombre de litre / jour	1,5	1	1	1,5	0,5	0,5		1,1
Alcool	Oui ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		100,0 %
	Tous les jours	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		33,3 %
	Plusieurs fois / semaine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		50,0 %
	Occasionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		16,7 %
Tabac	Oui ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		66,7 %
	Nombre cigarettes / jour	5/j	10/j	5/j			5/j		
ANTÉCÉDENTS									
Familiaux	Hémorroïdes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		60,0 %
	Autres		cancer colon	cancer colon	cholesterol				
Médicaux			cortisone homeopathie						
Traumatiques			fracture coccyx , entorse cheville g	entre cheville d/g			fracture radio-ulnaire D, dents sagesse , végétations, entorse cheville d/g		
Chirurgicaux		colposcopie (polypes)	dents sagesse , colposcopie (polypes)	perforation intestinale , colposcopie (polypes)		appendicite , végétations , dents de sagesse			

Annexe 3.3.

DYSF - DONNÉES / N° Patient		1	2	3	4	5	6	TOTAL	Diff avec Total
DYSFONCTIONS									
Cranio-sacré	MRP (en E° = coché)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		66,7 %
	sacrum	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		50,0 %
Vertèbres cervicales	C0-C1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		50,0 %
	C3-C4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		50,0 %
Charnière	C7-T1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		50,0 %
S.C.C		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		16,7 %				
K4		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	33,3 %				
vertèbres thoracique	T5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		16,7 %
	T9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		33,3 %
	T12-L1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		50,0 %
	Méplat T3-T6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		33,3 %
	Méplat T8-T11	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		33,3 %
diaphragme	inspiration	<input checked="" type="checkbox"/>		100,0 %					
	double inspiration	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		16,7 %				
	inspiration D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		50,0 %
	inspiration G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		33,3 %
vertèbres lombaires	L1-L2	<input checked="" type="checkbox"/>		100,0 %					
	L1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		66,7 %
	L2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		33,3 %
	L5-S1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		66,7 %
visceral	Estomac	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		50,0 %
	Foie mobilité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		66,7 %
	Foie mobilité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		50,0 %
	Rein D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		33,3 %
	caecum	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		33,3 %
	Colon Sigmoidé	<input type="checkbox"/>		0,0 %					
	Rectum	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		50,0 %
Bassin	Iliaque	<input checked="" type="checkbox"/>		100,0 %					
	Pubis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		50,0 %
	coccyx	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		66,7 %
plancher pelvien	Total	<input checked="" type="checkbox"/>		100,0 %					
	Postérieur G inspi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		50,0 %
	postérieur D inspi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		50,0 %
varices	Atteinte ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		33,3 %
Talus	Antero-externe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		50,0 %
SUIVI									
Gêne au quotidien	Changement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		50,0 %
	Précision changement		amélioration du transit			position assise moins douloureuse	moins de douleur à la selle , moins constipé		
diaphragme		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		50,0 %
plancher pelvien		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		50,0 %
Foie		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		50,0 %

Annexe 4 : Protocole de prise en charge de la maladie hémorroïdaire

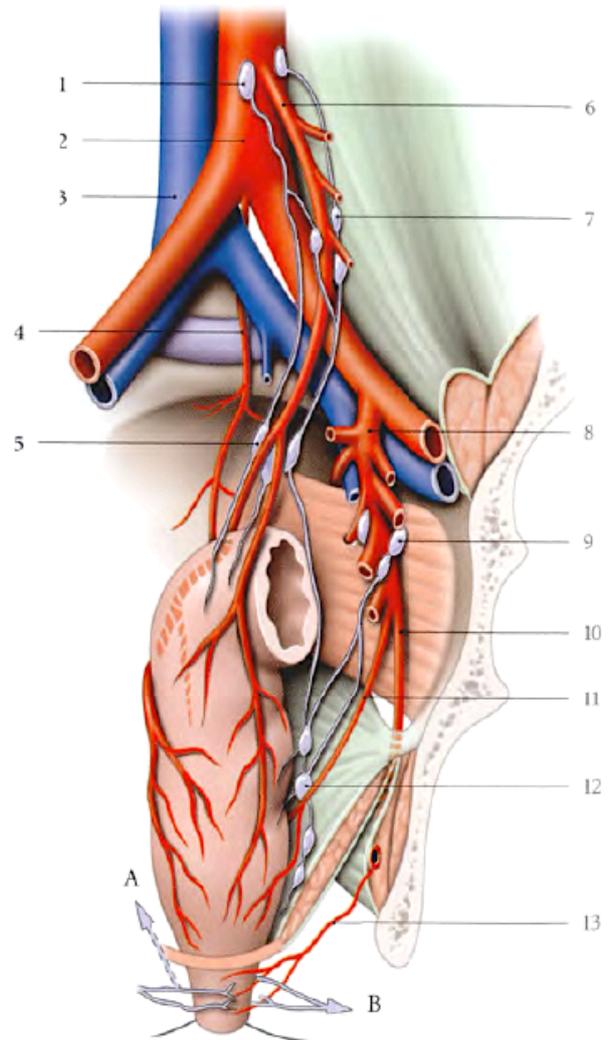


Annexe 5 : Schéma du système vasculaire et lymphatique de la région rectale

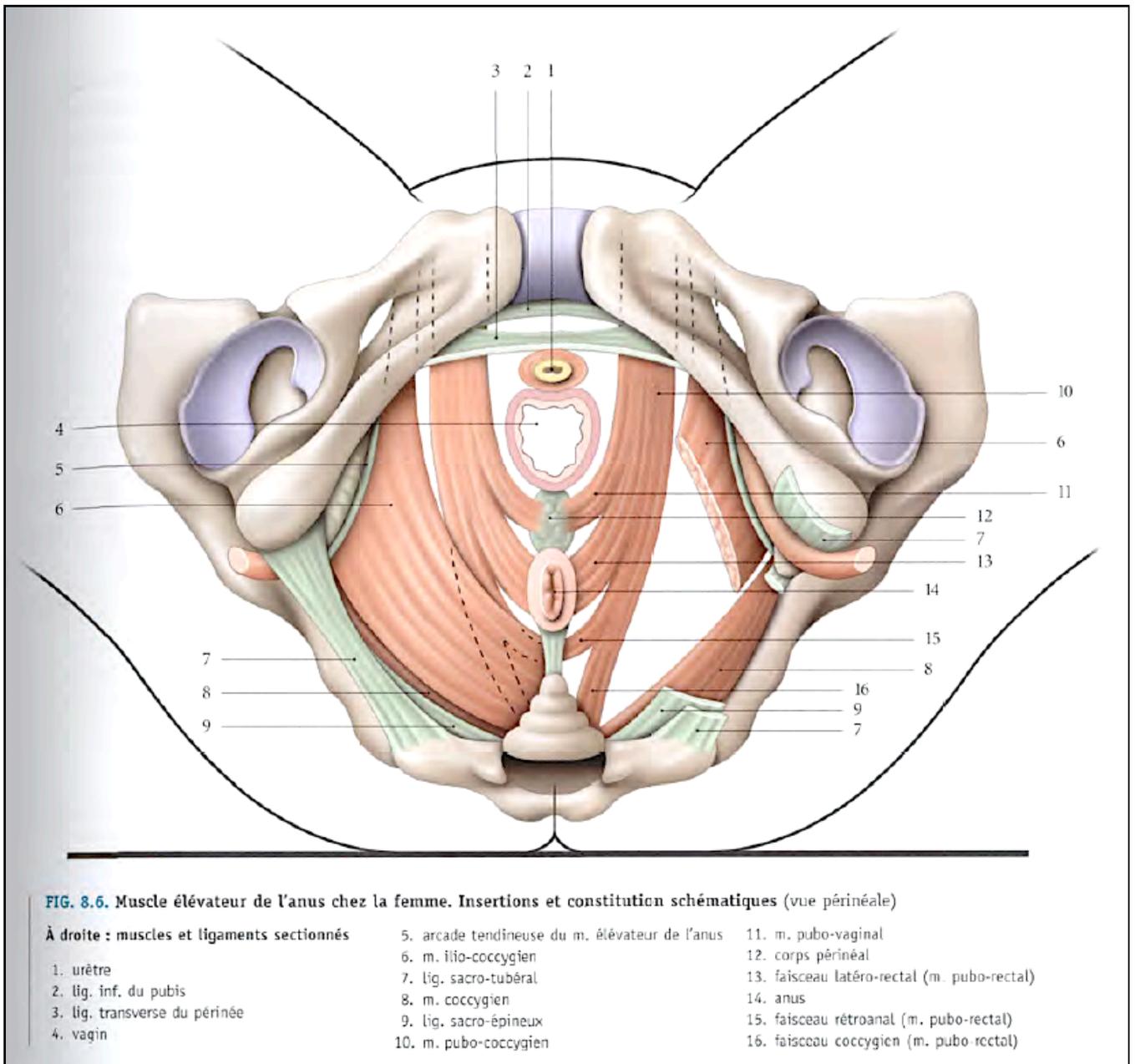
FIG. 16.74. Vascularisation du rectum et du canal anal

- A. vers les lymphonœuds iliaques internes
- B. vers les lymphonœuds inguinaux

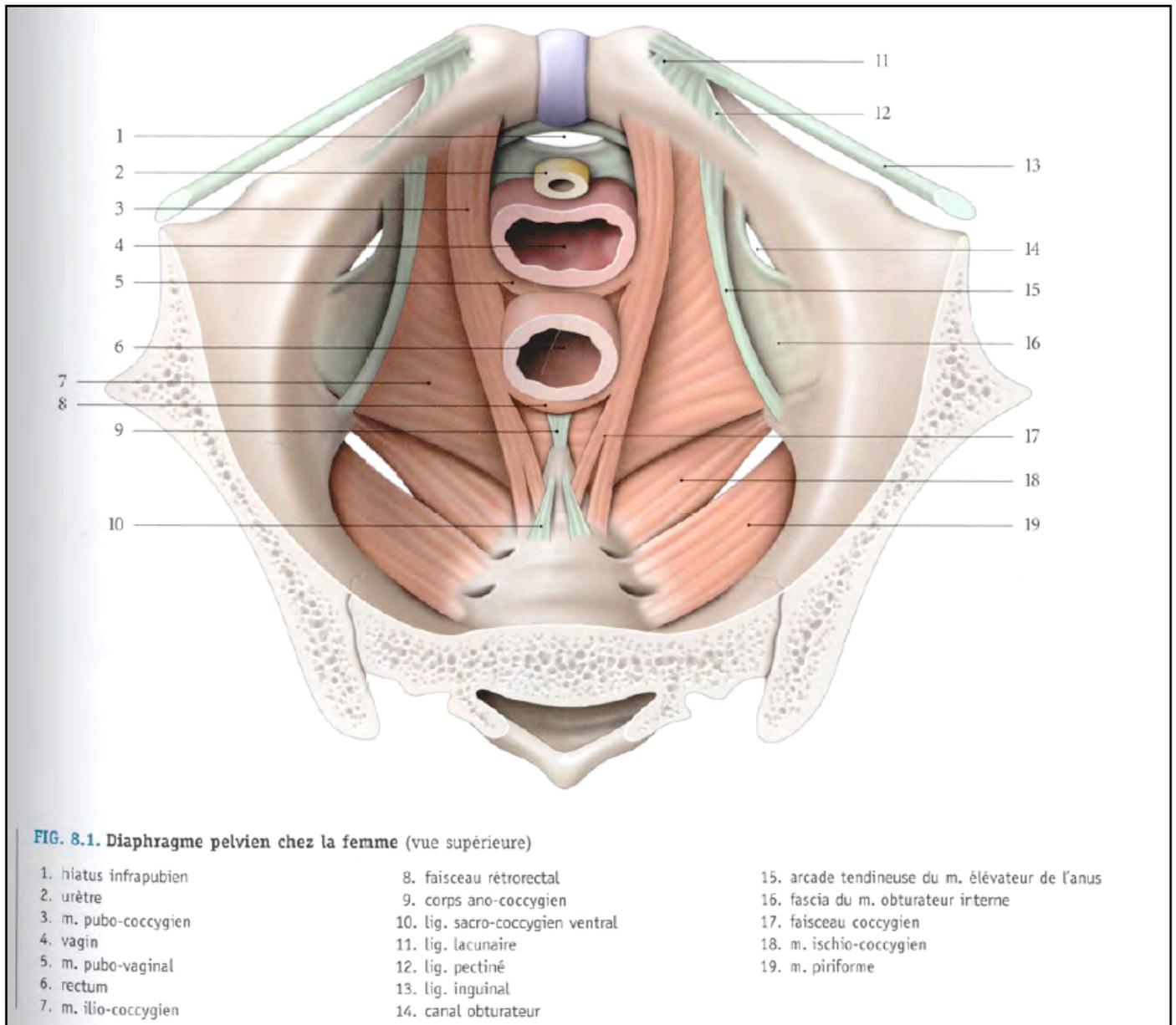
1. lymphonœud mésentérique sup.
2. aorte abdominale
3. v. cave inf.
4. a. sacrale médiane
5. a. et lymphonœuds rectaux sup.
6. a. mésentérique sup.
7. lymphonœuds sigmoïdiens
8. a. iliaque interne
9. lymphonœuds iliaques internes
10. a. pudendale interne
11. a. rectale moyenne
12. lymphonœuds pararectaux
13. a. rectale inf.
14. lymphonœuds inguinaux médiaux



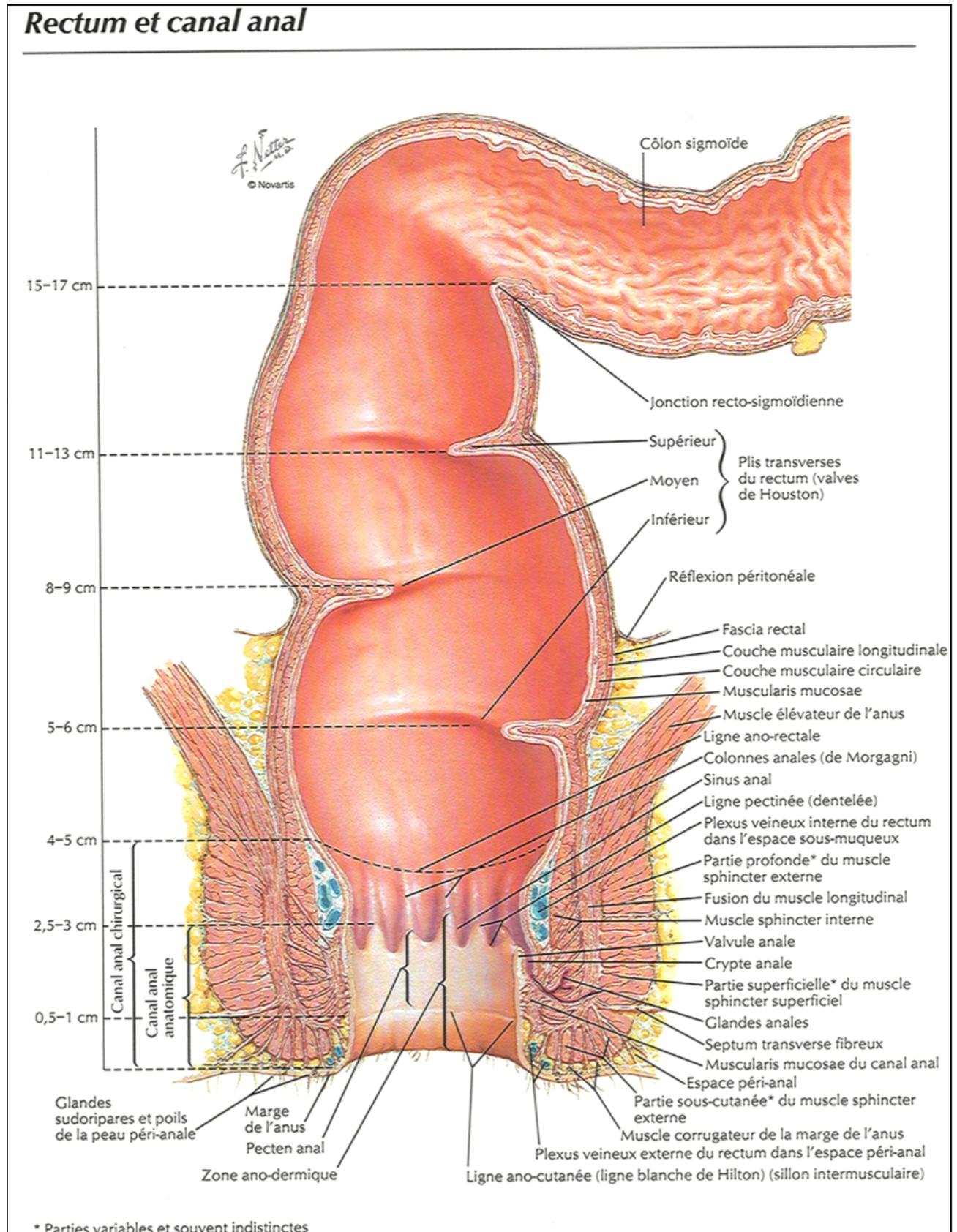
Annexe 6 : Individualisation du muscle releveur de l'an



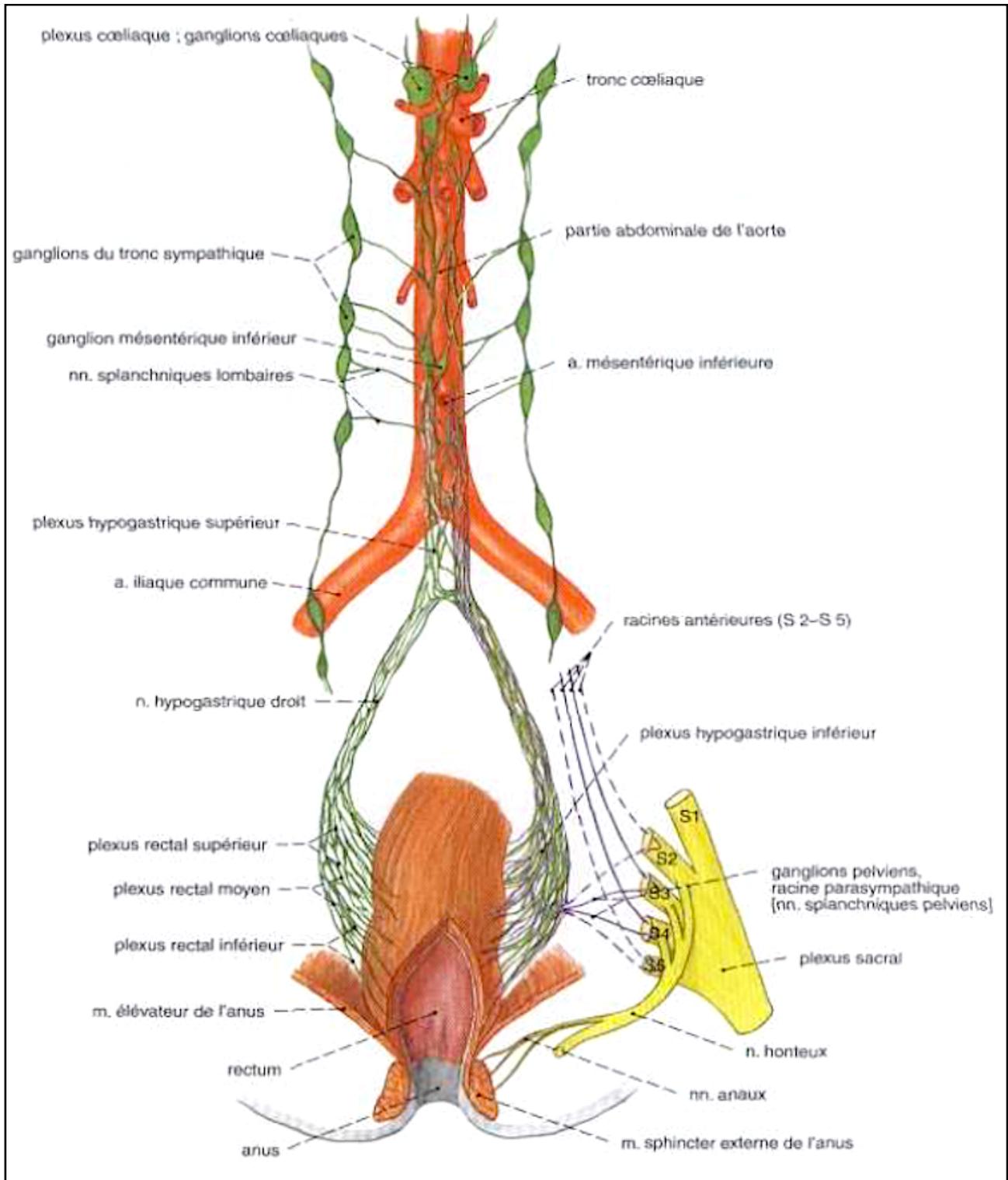
Annexe 7 : Plancher pelvien



Annexe 8 : Coupe frontale du rectum / canal anal - Netter, F.



Annexe 9 : Schéma neurologique global du rectum - Sobotta



Annexe 10 : Manifestations cliniques (stades avancés)



Figure 2-18 – Exposition du caillot.



Figure 2-11 – Procidence hémorroïdaire avant hémorroïdectomie.



Figure 2-19 – Plaie résiduelle après excision du thrombus.



Figure 2-12 – Aspect anal, en fin d'intervention, d'une hémorroïdectomie.



Figure 2-7 – Polythrombose.



Figure 2-8 – Prolapsus hémorroïdaire thrombosé.

RÉSUMÉ

La pathologie hémorroïdaire est une atteinte vasculaire touchant spécifiquement les plexus veineux se trouvant au niveau du canal anal.

Elle est généralement chronique, rythmée par des phases aiguës et touche une partie considérable de la population quelque soit le contexte socio-économique et culturel.

Ses étiologies et signes cliniques sont variables suivant les individus et les alternatives aux traitements médicaux ou chirurgicaux de cette maladie restent absentes ou peu connues.

L'objectif de cette étude est, d'une part, de décrire leurs liens anatomiques et topographiques et d'autre part, montrer leurs circonstances d'apparitions autour d'un raisonnement ostéopathique pour démontrer que cette profession peut apporter une solution supplémentaire au patient en proposant un traitement adapté.

MÉTHODE : Pour ce faire, nous avons pratiqué un protocole de traitement pendant deux séances sur une population de 6 patients atteints de ce syndrome tout en relevant les dysfonctions ostéopathiques récurrentes.

Afin de pouvoir quantifier l'effet de l'ostéopathie sur cette atteinte veineuse, nous avons noté l'évolution de leur douleur et gêne sur une échelle visuelle analogique à chaque début de séance.

RÉSULTATS : Il en résulte que le diaphragme, le périnée et le foie sont fréquemment en perte de mobilité provoquant un retentissement sur leurs fonctions.

L'équilibre des contraintes compressives abdominales associé à un trouble du fonctionnement hépatique semble donc être une des causes d'apparition de cette pathologie.

La manipulation de ces organes a une influence dans l'atténuation de la douleur du sujet.

CONCLUSION : Le patient reste toutefois unique et les explications concernant la manifestation de cette maladie sont pluri-factorielles et peu développées dans le milieu médical.

Cette maladie demeure taboue dans notre société et il reste encore des recherches à entreprendre pour mieux l'appréhender.

ABSTRACT

Hemorrhoidal pathology is a vascular involvement specifically affecting the venous plexus in the anal canal.

It is generally chronic, punctuated by acute phases and affects a considerable part of the population whatever the socio-economic and cultural context.

Its etiologies and clinical signs are variable according to the individuals and the alternatives to the medical or surgical treatments of this disease remain absent or unknown.

The aim of this study is to describe their anatomical and topographical links and to show their circumstances of apparitions around an osteopathic reasoning to demonstrate that this profession can provide an additional solution to the patient by offering adapted treatment.

METHOD: To do this, we carried out a treatment protocol during two sessions on a population of 6 patients suffering from this syndrome while noting recurrent osteopathic dysfunction.

In order to quantify the effect of osteopathy on this venous disease, we noted their pain and gene evolution on an analog visual scale at the beginning of each session.

RESULTS: As a result, the diaphragm, perineum and liver are frequently lost in mobility causing a repercussion on their functions.

The balance of abdominal compressive stresses associated with a disorder of liver function thus seems to be one of the causes of appearance of this pathology.

The manipulation of these organs has an influence in the attenuation of the pain of the subject.

CONCLUSION: The patient remains unique and the explanations concerning the manifestation of this disease are pluri-factorial and undeveloped in the medical field.

This disease remains taboo in our society and there is still research to be undertaken in order to better understand it.