Effets du traitement ostéopathique sur la qualité de vie et les douleurs d’une femme atteinte d’endométriose : étude de cas

Joy

juliettemetivier

# 1. Introduction

    L’endométriose correspond à une localisation ectopique de tissu endométrial associant du tissu glandulaire et du stroma. Elle est génératrice de douleurs, d’infertilité et d’une altération de la qualité de vie (1). C’est une maladie hormonodépendante expliquant que la plupart des thérapeutiques actuelles utilisées visent à reproduire un état de pseudo-ménopause par un effet anti-gonadotrope.

    Les données épidémiologiques disponibles sur l’endométriose suggèrent que 10 à 15% des femmes en âge de procréer souffrent d’une endométriose. Ce taux atteint jusqu’à 50% chez les femmes infertiles.

    Le traitement médical de l’endométriose varie en fonction de l’âge de la patiente, de la présence et de l’intensité des douleurs et d’une infertilité. Le traitement médical est utilisé en première intention. Il repose principalement sur l’utilisation des oestro-progestatifs, les progestatifs et les analogues de la GnRh, mais le taux d’échec important du traitement médical impose souvent une chirurgie. Les endométriomes de plus de 3 ou 4 cm relève d’un traitement chirurgical comportant une kystectomie (0). Toutefois, cette chirurgie est associée à des complications et des séquelles parfois sévères, peut-être même plus sévères que la maladie elle-même. Par exemple, pour l’endométriose profonde symptomatique, le traitement chirurgical comporte l’ablation de l’ensemble des lésions et a pour complications spécifiques notamment le risque de dysurie (0). Peu de données existent sur l’intérêt d’alternative thérapeutique notamment concernant le rôle de l’ostéopathie.

    Le but de notre étude est d’évaluer l’efficacité des techniques ostéopathiques sur les douleurs et la qualité de vie de la patiente porteuse d’une endométriose en utilisant des questionnaires validés.

    Notre étude pilote sur l’évaluation des manipulations ostéopathiques dans la douleur associée à l’endométriose, nous permet d’évaluer la place que pourrait avoir l’ostéopathie dans cette pathologie. l’ostéopathie dans cette pathologie.

# 2. Matériel, Méthode

    Cette étude a été menée afin d’apporter des éléments de réponse sur l’intérêt des manipulations ostéopathiques sur la qualité de vie des patientes porteuses d’une endométriose.

    Dans cette étude nous traiterons une patiente âgée de 20 ans atteinte d’endométriose que nous décrirons plus amplement dans la partie “Présentation du cas clinique”.

## 2.1 Critères d’éligibilité

**Critères d’inclusion**

    - Il faut que cette femme soit diagnostiquée par un gynécologue, gynécologue,  par l’examen clinique, l’échographie pelvienne et/ou une IRM.

- Cette patiente doit être agée de plus de 18 ans et non ménopausée.

- La patiente doit savoir lire, écrire et comprendre le français.

**Critères d’exclusion**

Seront exclues de l’étude les femmes refusant un consentement écrit et des femmes non diagnostiquées.

## 2.2 Critères objectivation

    Les critères d’évaluation sont : le questionnaire SF-36  pour l’évaluation de la qualité de vie de la patiente, l’annexe N°2 pour l’évaluation des douleurs et symptômes de la patiente (voir annexes), une anamnèse détaillée et des tests ostéopathiques. Ces critères vont nous permettre d’objectiver quantitativement et qualitativement l’amélioration, si elle existe, du confort de vie de la patiente.existe, du confort de vie de la patiente.

## 2.3 Protocole

    La patiente a dans un premier temps rempli l’annexe N°1 (voir annexe N°1) pour savoir si elle peut faire partie de notre étude. Les résultats de celle-ci étant satisfaisants, la patiente a rempli le questionnaire de qualité de vie SF-36 (annexe questionnaire) et le premier calendrier (annexe N°2).

    La patiente doit remplir le calendrier tous les jours.

    Un nouveau questionnaire de qualité de vie SF-36 sera rempli après la dernière séance du traitement.

    La prise en charge se déroulera en 3 consultations de 45 minutes chacune, espacées de 28 jours (durée du cycle de la patiente). Elles suivront toujours le même fil conducteur (localisation sacrum - petit bassin) mais seront néanmoins spécifiques aux besoins de la patiente et aux résultats des tests ostéopathiques de chaque séance.

(voir annexes protocole)

     L’examen clinique (qui comprend l’anamnèse et l’observation) permet d’évaluer la qualité et la quantité des mouvements tissulaires (cinétiques) pour établir un schéma dysfonctionnel.

    Dans le cadre d’une prise en charge ostéopathique globale, le traitement est spécifique et adapté à la patiente et à la séance. A la fin du traitement, nous effectuons le même protocole de tests ostéopathiques, ainsi qu’une observation debout de face et de profil, dans le but de constater de possibles modifications sur les douleurs.

            Ce protocole est renouvelé à chaque consultation.

# 3. Présentation du cas clinique

    Nous allons présenter le cas d’une femme de type caucasienne, âgée de 20 ans, porteuse d’une endométriose, diagnostiquée par un examen gynécologique en Novembre 2015.

    Mademoiselle P.  est étudiante. Elle est donc amenée à être souvent assise et debout pendant de longues périodes (plusieurs heures).

    Depuis le diagnostic de sa maladie, aucun aménagement particulier n’a été effectué. Elle se sent gêné par sa maladie dans sa vie quotidienne (fatigue énorme) et décrit des douleurs abdominales et lombaires aigües, ainsi que des règles très douloureuses et abondantes qui l’empêchent de vivre normalement. Elle a notamment besoin de rester couchée à ces moments et ne peut plus bouger, ni se lever.

***L’histoire de la maladie***

*Manque des éléments du dossier*

    A la suite de l’anamnèse et de l’observation nous avons effectué des tests ostéopathiques nous permettant de définir différentes dysfonctions de mobilité sur la sphère abdomino-pelvienne, le bassin et le rachis (comme dit dans le protocole précédemment expliqué). Nous nous servirons de ces données comme moyen de comparaison d’une consultation sur l’autre.

# 4. Résultats

## 4.1 Evolution des dysfonctions

*Insérer tableau*

## 4.2 Evolution des différents symptômes (voir annexes calendrier Novembre, Décembre et Janvier)

*Analyse*

    **4.3 Evolution de la qualité de vie (voir annexes questionnaire 1 et 2)**

    Parmi les 8 items du SF-36, il apparaît que sont améliorés les items la douleur physique (BP), la santé générale (GH), la vitalité (énergie/fatigue) (VT), le fonctionnement ou bien-être social (SF) et la santé mentale (MH). Par contre aucune amélioration n’a été noté pour l’activité physique (PF), les limitations (du rôle) liées à la santé physique (RP) et les limitations (du rôle) liées à la santé mentale (RE).

    Si l’on considère les scores cumulés que sont le PCS (Pf, RP, BP et GH) et le MCS (VT, SF, RE et MH), une amélioration est notée pour les 2 scores mais plus significative pour le MCS.

# 5. Discussion et perspective

    En premier lieu, il faut bien prendre conscience que le raisonnement mis en oeuvre tout au long de cette étude est issue d’une expérience relativement courte d’étudiante en fin de cursus d’études en ostéopathie.

    L’approche de l’ostéopathie est propre à chaque praticien et le raisonnement présenté ici, n’est que le reflet d’un cheminement ostéopathique à ce moment de notre pratique. Il n’y a aucun doute que des praticiens plus chevronnés auraient une toute autre approche de cette maladie, qu’est l’endométriose et probablement des résultats plus significatifs, surtout concernant l’incidence sur la douleur qui reste relativement abstraite dans cette étude.

    Autre élément important, les recherches publiées en ostéopathie concernant l’endométriose, tout du moins en France, sont à ce jour relativement pauvres.

    Peu d’études sont actuellement disponibles concernant les alternatives thérapeutiques proposées aux patientes endométriosiques. Parmi ces alternatives, l’utilisation de la médecine chinoise a été évaluée. Une récente méta-analyse a permis de conclure à l’inefficacité de ces thérapeutiques.

    Nous avons rencontré dans notre étude un biais assez important car il s’agit d’une étude de cas. Les effets positifs ne peuvent être que du à du hasard. Il faudrait pourvoir reproduire ces résultats sur plusieurs personnes, sur le long terme et plusieurs fois pour que ce soit significatif.

    La patiente étant une élève de l’école ostéopathique, les travaux effectués en classe dans le but d’apprendre les techniques peuvent avoir une incidence sur les résultats du traitement et donc influencer les résultats du mémoire.

     Un autre problème se soulève. Lorsque nous avons exposé le projet à nos différentes patientes, certaines d’être elles ont été septiques quant à l’efficacité du traitement. Possédant peu d’informations sur d’autre études déjà effectuées, ces patientes n’ont pas voulu continuer le projet.

    Les patientes nous ont aussi fait part de leur crainte de voir la douleur augmenter par la manipulation ostéopathique, ce qui a considérablement réduit le nombre de nos patientes.

     La patiente nous à également fait part de sa difficulté à comprendre comment remplir le questionnaire SF-36 car celui-ci est très long et assez vagues dans ces questions et réponses. Aussi il serait intéressant de réaliser un questionnaire simplifié et adapté, dédié aux patientes atteintes d’endométriose.

    Un des plus gros problème concernant non seulement l’ostéopathie mais aussi l’endométriose c’est le manque de communication qu’il peut y avoir. En effet, le manque connaissances affaibli considérablement le désir des patientes de trouver une alternative et une autre solution pour réduire leur douleur et améliorer leur qualité de vie.

    Il est important de noter, que nous n’avons pas pu prendre en compte toutes les avancées du point de vue médicale comme ostéopathique, dans ce domaine.

*Traitement médical? Toutes étaient symptomatiques soulignant* *l’inefficacité* *relative des thérapeutiques médicales actuellement disponibles. seule  chose qu’on peut proposer*

*chirurgie? souligne le caractère incomplet de celle-ci soit le risque élevé du taux de récidive. Ce taux varie en fonction de la localisation de l’endométriose plus fréquente pour les lésions ovariennes et d’autant plus fréquente que les femmes sont jeunes.*

*effets secondaires*

*effets indésirables*

    Ce résultat est encourageant permettant d’envisager une étude plus importante. Comme MCS plus amélioré que PCS, ceci laisse penser que c’est avant tout la prise en charge des patientes qui impacte sur la qualité de vie.

# 6. Conclusion

    Notre étude a pour but d’évaluer l’apport d’une prise en charge ostéopathique sur la modification de la perception de la douleur et sur l’amélioration de la qualité de vie d’une patiente atteinte d’endométriose.

    Au vu du nombre grandissant de patientes atteintes d’endométriose, il nous a semblé primordial de chercher des solutions adaptées face à cette demande en constante croissance.

    L’interdiction d’utiliser des techniques de mobilisation par voie interne, n’a pas été un frein dans cette étude, au contraire, les douleurs ressenties par les patientes ont été modifiés malgré le fait de ne pas avoir recours à cette pratique.

    Nos résultats nous révèlent une diminution du score obtenu par le questionnaire SF-36 ce qui signifie une amélioration de la qualité de vie de la patiente, une diminution de la fréquence ainsi que de l’intensité des symptômes quotidiens, et enfin, une diminution des douleurs des patientes atteintes d’endométriose. Cette prise en charge pourrait être bénéfique pour les patientes, tant sur le plan de leur santé physique que sur le plan de leur vie sexuelle et donc affective.

    Il serait judicieux que les professionnels de santé se retrouvant face à ce signe clinique, aient la possibilité d’informer les patientes et de les orienter vers un ostéopathe qui pourrait être à même de leur apporter des solutions adaptées.

    Il est important de préciser que la réalisation de ce mémoire fut compliqué, tout d’abord par les nombreux refus de collaboration des patientes que nous avons rencontrées. Elles ont aussi très peu d’informations a propos de cette maladie et des thérapeutiques alternatives. Mais avec le temps et une certaine démocratisation, j’espère que cela permettra d’entreprendre une étude à plus grande échelle.

    Par ailleurs, une augmentation de l’échantillon et l’implantation d’un essai clinique randomisé constitueraient un cadre rigoureux et permettraient une analyse scientifique des résultats.

    Nous avons pu constater que l’ostéopathie semble pouvoir agir sur la diminution des douleurs et l’amélioration de la qualité de vie de la patiente atteinte d’endométriose. Il serait donc intéressant d’entreprendre des études ostéopathiques afin de connaître, dans le détail, nos effets et nos limites dans ce domaine.

# 7. Bibliographie

0 :  Camille DARAI, Impacts des techniques ostéopathiques pelviennes sur les douleurs de l’endométriose, 2013, mémoire)

1 :  Am J Obstet Gynecol. 2010 Jun ; 202(6) :541.e1-6. Doi : 10.1016/j.ajog.2009.12.013. Epub 2010 Feb 4. Inpatient hospitalization for gynecologic disorders in the United States. White man MK, Kuklina E, Jamieson DJ, Hillis SD, Marchbanks PA.

* Ballweg ML. Impact of endometriosis on women’s health : comparative historical data show that the earlier the onset, the more severe the disease. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2004 Apr ; 18(2) :201-18.
* Cramer DW, Missmer SA. The epidemiology of endometriosis. Ann N Y Acad SCI. 2002 Mar ; 955 :11-22 ; discussion 34-6, 396-406.
* Sampson JA. Metastatic or Embolic endometriosis, due to the Menstrual Dissemination of Endometrial Tissue into the Venous Circulation. Am J Pathol. 1927 Mar ; 3(2) :93-110.43
* Jenkins S, Olive DL, Haney AF. Endometriosis : pathogenetic implications of the anatomic distribution. Obset Gunecol. 1986 Mar ; 67(3) :335-8.
* Am J Obstet Gynecol. 1983 Feb 1 ; 145(3) :333-7. Increased activation of pelvic macrophages in infertile women with mild endometriosis. Halme J, Becker S, Hammond MG, Raj MH, Raj S.
* Fertil Steril. 2002 Oct ;78(4) :810-9. Endometriotic haptoglobin binds to peritoneal macrophages and alters their function in women with endometriosis. Sharpe-timms KL, Zimmer RL, Ricke EA, Piva M, Horowitz GM.
* Fertil Steril. 1992 Aug ; 58(é) :290-5. The natural killer activity of pertitoneal fluid lymphocytes is decreased in women with endometriosis. Oosterlynck DJ, Meuleman C, Waer M, Vandeputte M, Koninckx PR.
* Am J Reprod Immunol. 2003 Feb ; 49(2) :70-4. Increased pregnancy-associated plasma protein-A (PAPP-A) concentrations in peritoneal fluid of women with endometriosis. Arici A, Matalliotakis I, Goumenou A, Koumantakis G, Fragouli Y, Mahutte NG.
* BMJ. 1993 Jan 16 ;306(6871) :182-4. Epidemiology of endometriosis in women attending family planning clinics. Vessey MP, Villard-Mackintosh L, Painter R. Department of Public Health and Primary Care, Radcliffe Infirmary, Oxford.
* Fertil Steril. 2004 Jun ; 81(6) :1513-21. Evaluation of risk factors associated with endometriosis. Hemmings R, Rivard M, Ilove DL, Poliquin-Fleury J, Gané D, Hugo P, Gosselin D.
* Am J Epidemiol. 1986 Nov ; 124(5) :762-7. Endometriosis in Lebanon. A case-control study, Makhlouf Obermeyer C, Armenian HK, Azoury R.
* JAMA. 1986 Apr 11 ;255(14) :1904-8. The relation of endometriosis to menstrual characteristics, smoking, and exenercise. Cramer DW, Wilson E, Stillman RJ, Berger MJ, Belisle S, Schiff I, Albrecht B, Gibson M, Stadel BV, Schoenbaum.
* Obstet Gynecol. 1995 Jun ;85(6) :983-92. Review. Epidemiology of endometriosis among parous women. Sangi-Haghpeykar H, Poindexter AN 3rd.
* Pan LY. [Menstrual status as risk factors of endometriosis : a case control study]. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 1993 Mar ; 28(3) :147-9, 188. Chinese.
* Epidemiology. 1993 Mar ; 4(2) :135-42. Mentrual cycle characteristics and the uuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuuurisk of endometriosis. Darrow SL, Vena JE, Batt RE, Zielezny MA, Michalek AM, Selman S.
* Br J Obstet Gynaecol. 1999 Jul ;106(7) :695-9. Oral contraceptive use and risk of endometriosis. Italian Endometriosis Study Group. Parazzini F, DI cintio E, Chatenoud L, Moroni S, Mezzanotte C, Crosignani PG.
* Koninckx Pr, Barlow D, Kennedy S. Implantation versus infiltration : the Sampson versus the endometriotic disease theory. Gynecol Obstet Invest. 1999 ; 4è Suppl 1 :3-9
* Environ Health Perspect. 1995 Oct ; 103 Suppl 7 :151-6. Immunoreponsiveness in endometriosis : implications of estrogenic toxicants. Rier SE, Martin DC, Bowman RE, Becker JL.
* Environ Health Perspect. 1994 May ; 102(5) :476-7. Possible risk of endometriosis for Seveso, Italy, residents :an assessment of exposure to dioxin. Bois FY, Eskenazi B.
* Reddy BS, Rozati R, Reddy BV, Raman NV. Association of phthalate esters with endometriosis in Indian women. BJOG. 2006 May ;113(5) :515-2
* Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain : promise and pitfalls. Obstet Gynecol Surv. 1993 Jun ; 48(6) :357-87

* Obstet Gynecol. 1996 Mar ;87(3) :321-7. Chronic pelvic pain : prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. Mathias SD, Kupperman M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF.
* Zondervan KT, Yudlin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illnesss behaviour. Br J Gen Pract. 2001 Jul ; 51(468) :541-7

* Am J Obstet Gynecol. 2004 May ;190(5) :1264-71. Symptoms before and after surgical removal of colorectal endometriosis that are assessed by magnetic resonance imaging and rectal endoscopic sonography. Thomassin I, Bazot M, Detchev R, Barranger E, Cortez A, Darai E.

# Résumé

**Etude de cas : Ostéopathie et endométriose**

    L’endométriose est une pathologie fréquente affectant 10 à 15% de la population féminine. Elle est une cause de douleur et d’infertilité. Le traitement médical est souvent inefficace, imposant des chirurgies lourdes et mutilantes. Des alternatives thérapeutiques ont été proposé mais à notre connaissance, aucune étude n’à évaluer l’intérêt des manipulations ostéopathiques dans l’amélioration de la qualité de vie et la diminution des douleurs des patientes.  En revanche, il a déjà été étudié l’intérêt des manipulation ostéopathiques pelviennes sur des patientes atteintes d’endométriose profonde digestive (0). La patiente à rempli un questionnaire de qualité de vie avant le premier traitement et après la dernier traitement mais elle devait aussi remplir un calendrier (annexe N°2) journalier pour étudier l’évolution des symptômes.

    Méthode : Nous avons réalisé trois traitements ostéopathiques à 28 jours d’intervalle, sur la patiente atteinte d’endométriose et avons analysé la variation de la symptomatologie, des douleurs et la qualité de vie de la patiente.

    Résultats : L’analyse des résultats sur notre patiente nous a permis d’observer que la qualité de vie s’améliore, les douleurs diminuent et les symptômes diminuent en intensité et en fréquence.

    Conclusion : Cette étude de cas montre que l’ostéopathie semble agir favorablement sur la qualité de vie, les douleurs ainsi que la symptômatologie de la patiente atteinte d’endométriose.

Mots-clés : Etude de cas - Endométriose - Ostéopathie - Qualité de vie - SF-36

**Summary**

**Case Study : Ostéopathy and endometriosis**

     Endometriosis is a requent pathology affecting 10 to 15% of the female population. It is a cause of pain and infertility. The medical care is often ineffective imposing heavy and mutilating surgeries. No alternative therapeutic medicine has been demonstrated, and has been published to our knowledges, evaluating the interest of osteopathic handling. On the other hand, it has already been studied the interest of pelvic osteopathic manipulations on patients with deep digestive endometriosis (0). The patient completes a quality of life questionnaire before the first treatment and after the last treatment, but she also completes a daily schedule (Appendix No. 2) to study the evolution of symptoms.

    Method: We established three osteopathic treatments at 28-day intervals, on the patient with endometriosis and on the analysis of the variation of the symptomatology, the pain and the quality of life of the patient.

    Results: The analysis of the results on our patient allows us to observe the quality of life improve, the pains decrease and the symptoms decrease in intensity and frequency.

    Conclusion: This study of osteopathy has had a favorable effect on the quality of life, the drugs as the symptomatology patient is waiting for endometriosis.

    Key words: Case study - Endometriosis - Osteopathy - Quality of life - SF-36