



Approche ostéopathique dans la prise en charge des patients Crohniens

Thibault Jeannin
Année Universitaire 2016 - 2017

Directeur de mémoire : Renaud Allard ostéopathe D.O
Soutenu le 22/06/2017

« Toutes les vérités sont faciles à comprendre une fois découvertes, à nous de les découvrir », **Galilée**

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier très chaleureusement:

- Mes professeurs pour tout le savoir et les connaissances qu'ils m'ont transmis. Et particulièrement Alexandre Aynié pour l'aide qu'il m'a apporté tout au long de ce mémoire et de mes années d'études.
- Bernadette Czaplicki pour son soutien dans la relecture du mémoire.
- Mes amis Marie Virlouvet, Charles Créte, Rémi Borne, Julien Mor, Guillaume Ducommun et tous ceux avec qui nous avons travaillé si durement ces cinq dernières années et qui m'ont permis d'avancer même dans les périodes les plus difficiles.
- Ma famille et tout particulièrement ma maman qui m'a toujours soutenu et accompagné durant ces 25 années. Aucun mot n'est assez fort pour vous dire à quel point vous comptez pour moi.

SOMMAIRE

1. Introduction.....	8
2. Rappels Théoriques.....	10
3. Matériel et méthodes.....	15
4. Résultats et analyse.....	18
5. Discussion.....	25
6. Conclusion.....	34
7. Liste de références.....	35
8. Table des matières.....	37
9. Annexe.....	39
10. Résumé.....	45

Synopsis:

Titre de l'étude	Maladie de Crohn
Objectif de l'étude	<p>Objectif principal: faire un lien entre un schéma dysfonctionnel ostéopathique et la maladie de Crohn</p> <p>Objectifs secondaires:</p> <ul style="list-style-type: none">- Définir les dysfonctions les plus récurrentes à la maladie de Crohn- Du schéma dysfonctionnel trouvé en découle un traitement ostéopathique pour des patients atteints de la maladie de Crohn
Promoteur	Isostéo Lyon
Investigateur	Thibault Jeannin (étudiant en 5ème année d'Ostéopathie)
Coordinateur	Renaud Allard (Ostéopathe D.O)
Intervention	Étude de cas Témoins
Hypothèse	Certaines dysfonctions ostéopathiques sont- elles récurrentes chez des patients atteints de la maladie de Crohn?
Méthode	<p>Population: patients ayant pour antécédent la maladie de Crohn diagnostiquée par un médecin</p> <p>Description des groupes: séparation en deux groupes distincts:</p> <ul style="list-style-type: none">- Un groupe atteint de la maladie de Crohn- Un groupe témoin <p>Puis corrélation de la répartition des différentes dysfonctions dénombrées par comparaison des groupes « Crohnien et Témoin »</p>

<p>Informations sur les patients</p>	<p>Nombre de patients: 60</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Répartition en deux groupes:</u> <ul style="list-style-type: none"> - groupe Témoin de 30 patients - groupe Crohnien de 30 patients <p>Nombre de Centre : 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clinique Isostéo Lyon (d'Écully et de La Doua) <p><u>Critères d'inclusion:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Être un patient des cliniques d'ostéopathie Isostéo Lyon - Avoir été diagnostiqué atteint de la maladie de Crohn par un médecin <p><u>Critères de non inclusion:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Toute complication liée à la maladie de Crohn ne permettant pas une prise en charge ostéopathique <p><u>Critère d'exclusion:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans le cadre de ce mémoire les critères d'exclusion sont inexistants car l'étude de cas recueille l'ensemble des données patients et l'ensemble des patients étudiés en début de mémoire se retrouvent ainsi présents en fin de mémoire
<p>Méthodologie statistique</p>	<p>Calculer le nombre de dysfonctions trouvées chez les patients atteints de la maladie de Crohn et les comparer aux groupes Témoins</p>
<p>Résultats attendus</p>	<p>Il est possible de faire un lien entre un schéma dysfonctionnel ostéopathique et la maladie de Crohn</p>

1. Introduction

Depuis sa création en 1874, l'ostéopathie est en constante évolution. Son fondateur, A.T. Still (1828-1917) décrit cette médecine alternative comme utilisant des techniques manuelles visant à la conservation ou la restauration de la mobilité des différentes structures de l'organisme. Les manipulations ostéo-articulaires se sont vite développées avec le concept des piliers de l'ostéopathie: « le corps est un tout », « la structure gouverne la fonction », « l'homéostasie », « l'auto-guérison ». L'approche viscérale existait dès l'origine de cette médecine manuelle puisque A.T. Still traitait déjà des maladies des organes internes par l'intermédiaire de la circulation du sang et de la lymphe, se basant directement sur l'un des cinq piliers fondamentaux de l'ostéopathie à savoir « la loi de l'artère est suprême ».

Les maladies digestives touchent aujourd'hui près d'un français sur cinq. [1]

Elles constituent un problème de santé majeur, d'autant qu'elles connaissent une progression inexpliquée à ce jour chez les enfants. Parmi ces nombreuses pathologies digestives, on trouve la maladie de Crohn.

La maladie de Crohn est une infection inflammatoire chronique de cause inconnue qui peut atteindre tous les segments du tube digestif mais qui touche préférentiellement la dernière portion de l'iléon et du colon. Il existe en France 200.000 personnes atteintes de cette maladie avec un pourcentage maximal retrouvé dans les régions du Nord, à savoir au Nord Pas de Calais. A l'échelle européenne, ces faits sont confirmés puisque la maladie de Crohn est plus fréquente dans les pays nordiques [2] . Ces chiffres tendent à supposer qu'il existe un effet sociétal sur la maladie.

C'est une maladie idiopathique, cependant des traitements sont proposés pour atténuer les symptômes ou limiter l'évolution de la maladie. Les traitements sont variés suivant la phase et l'avancée de la maladie détectée chez le patient: médicaments, régime diététique, chirurgie. Cependant la complémentarité avec d'autres domaines médicaux peut être envisagée. Une étude récente de 2014, menée par le programme hospitalier de recherche clinique au CHU de Nice [3] , a été faite pendant 12 mois sur des patients Crohniens en phase de rémission. Ces patients ont bénéficié sur cette

période de trois séances d'ostéopathie lors desquelles des techniques d'ostéopathie viscérale et du rachis ont été mise en place. Les consultations ostéopathiques ont été réalisées à 15, 30 puis 45 jours après la dernière prise d'Infliximab. A partir de 30 jours de suivi , soit dès la deuxième consultation d'ostéopathie, cette étude a prouvé que l'ostéopathie réduisait la sévérité des symptômes du colon irritable chez les patients atteints de la maladie de Crohn, ainsi qu'une réduction significative de prise d'antispasmodique.

L'étude révèle que les séances ont eu un effet favorable sur la fatigue du patient, une meilleure estime de soi et donc moins de syndrome dépressif, une diminution des douleurs abdominales ainsi qu'une sensation de confort et de bien-être au quotidien.

En ostéopathie, le thérapeute perçoit le corps dans sa globalité et comprend son fonctionnement sous une approche systémique. Ceci implique que nous n'abordons pas la douleur et la zone anatomique concernée de manière isolée, mais l'introduisons dans une compréhension plus globale du corps et de ces modes de fonctionnement, définissant alors un schéma dysfonctionnel.

En clinique, je me suis retrouvé plusieurs fois face à des patients présentant la maladie de Crohn. Lors de la phase de test, je me suis rendu compte que de nombreuses dysfonctions au niveau du rachis et de la sphère viscérale pouvaient être dénombrées.

L'ostéopathie permet d'évoquer un schéma dysfonctionnel à partir des différentes dysfonctions trouvées chez un patient. Conjecturant le fait que certaines dysfonctions ostéopathiques sont récurrentes chez des patients atteints de la maladie de Crohn, en découle l'hypothèse suivante:

« Peut-on faire un lien entre un schéma dysfonctionnel ostéopathique et la maladie de Crohn? »

2. Rappels théoriques

2.1. B.B Crohn:

La maladie de Crohn doit son nom à un gastro-entérologue américain: Burrill Bernard Crohn « cf. figure n°1 » né le 13 juin 1884 à New York et décédé le 29 juillet 1983 dans le Connecticut. Le choix de la voie médicale est en lien avec son père qui souffrait de terribles problèmes de digestion, ainsi B.B. Crohn a choisi de l'aider en étudiant la médecine et obtint son doctorat de l'Université de Columbia de médecine et chirurgie en 1907 à l'âge de 23 ans. Il développa par la suite de nombreuses recherches expérimentales concernant l'hémorragie intra-abdominale et réussit un concours, offrant huit places à 120 candidats pour un résidanat, lui permettant de décrocher un poste d'interne et assistant en pathologie, chimie de 1911 à 1923, puis de médecin généraliste dès 1926, exerçant à la fois en laboratoire clinique et en médecine clinique à l'hôpital Mount Sinai. La plupart de ses activités médicales ont été développées au sein de cet hôpital grâce à sa formation mixte médico-chirurgicale et anatomo-pathologique. En 1928 il publia un ouvrage intitulé « Affections de l'estomac » dont la rédaction lui prit deux années [2].



Figure n°1: Dr. Bernard Burril Crohn (1884-1983)
source photo: wikipédia

Lorsque B.B. Crohn débuta sa carrière, la spécialité en gastroentérologie n'existait pas. Beaucoup de maladies gastro-intestinales étaient alors prises en charge par les chirurgiens dans des services de médecine interne.

L'un des premiers travaux de B.B. Crohn fut de montrer que la gastroentérostomie n'améliorait pas la motricité et la vidange gastrique en dehors des cas où il existe une obstruction pylorique. Crohn participa alors à convaincre les chirurgiens d'abandonner cette intervention au bénéfice de la gastrectomie partielle. Suite à ces résultats et à de nombreuses discussions avec W.J. Mayo, B.B. Crohn devint membre de l'Association Américaine de Gastroentérologie « AGA » fondée en 1897.

De 1913 à 1921, la majeure partie de ses études porta sur la sécrétion pancréatique physiologique et pathologique. En 1925, il publia avec Rosenberg le premier cas compliqué du cancer du côlon, nourrissant alors chez B.B. Crohn des recherches pendant plusieurs années sur une efficacité thérapeutique au vaccin de la typhoïde pour traiter la rectocolite hémorragique ; travaux qui n'aboutirent pas [2].

En 1932, les docteurs Crohn, Ginzburg et Oppenheimer apportent une description de l'iléite régionale, qui portera ultérieurement le nom de la maladie de Crohn grâce au chirurgien B. Brooke. Leurs expériences combinées avec celle du chirurgien A.A. Berg permettent de rapporter 14 cas d'inflammation granulomateuse de l'iléon terminal appuyant ainsi les descriptions faites de la maladie. Les travaux ont été publiés dans le Journal of the American Medical Association sous le titre: « Iléite régionale une entité anatomique et clinique ». Ce n'est que 30 ans plus tard, en 1960, que l'on regroupe sous le même nom de « maladie de Crohn » les atteintes coliques et celles de l'intestin grêle grâce à la contribution des docteurs Lockhart-Mummery et Morson. La possibilité de traiter l'affection chirurgicalement fut décrite par Crohn dans son article « Princeps » ainsi que la description des premières formes avec fistule anale.

En 1999, le premier essai thérapeutique randomisé montrait l'efficacité d'un traitement médical: l'infliximab.

Pendant sa longue vie, B.B. Crohn a reçu de nombreux hommages. En 1932, il fut élu président de l'American Gastroenterology Association (AGA). Il fut également

honoré de la médaille Townsend Harris par le City College (en 1948), avec la médaille Julius Friendenthal de l'AGA (en 1953) et la médaille Jacobi de l'hôpital Mount Sinai (en 1962) [4]. Il a également écrit quatre livres et plus de 150 articles.

2.2. Description de la maladie de Crohn:

Les premiers cas et manifestations rétrospectivement d'une prétendue maladie de Crohn dateraient de 850 après JC, lorsque le roi Alfred « Le Grand » d'Angleterre a souffert d'une maladie lui provoquant des douleurs abdominales et un inconfort alimentaire associés à des fistules périanales. Cependant, l'une des premières descriptions de l'iléite régionale est attribuée au médecin italien, anatomiste et pathologiste G.B. Morgagni de Padoue en 1761. Par la suite les nombreux travaux et recherches effectués ont permis de déterminer une définition exhaustive de la maladie [5].

La maladie de Crohn est définie selon la Haute Autorité de Santé (HAS) [1] comme une maladie inflammatoire intestinale pouvant atteindre n'importe quel segment du tube digestif et pouvant s'accompagner de manifestations extra-intestinales (articulaires, cutanées, oculaires...). C'est une maladie chronique évoluant par poussées, alternant avec des phases de rémission. En France, la maladie de Crohn touche environ une personne sur mille. L'incidence est de l'ordre de cinq pour 100.000 habitants par an. Même si la maladie de Crohn peut survenir à tout âge, elle est le plus souvent diagnostiquée entre 20 et 30 ans. Il s'agit d'une maladie cryptogénétique, où différents facteurs sont retrouvés et discutés (predisposition génétique, facteurs immunologiques et environnementaux).

Une équipe du Massachusetts General Hospital (MGH) découvre comment une variante d'une importante enzyme épigénétique interfère avec l'action du système immunitaire inné, l'équilibre du microbiote intestinal et la réponse immunitaire. Ces travaux, publiés dans la revue Science Immunology, montrent que la dite protéine, SP140, est essentielle pour supprimer l'expression inappropriée des gènes dans les macrophages, des cellules immunitaires innées critiques pour le maintien de l'équilibre intestinal. L'enzyme SP 140 a pour action la régulation de l'activité des macro-

phages et de la flore intestinale. Les résultats de l'étude montrent que la réduction de l'expression de SP140 dans les cellules immunitaires augmente l'inflammation intestinale. [6]

Les signes cliniques de la maladie sont des diarrhées, des douleurs abdominales, des manifestations anales et péri-anales (abcès, fissures, fistules...) et parfois une masse abdominale. La présence de signes généraux tel que de la fièvre, une perte de poids ou un retard sur les courbes et parfois une altération de l'état général peuvent être observés. Il existe des manifestations extra intestinales avec une atteinte ostéo-articulaire, des arthralgies ou une arthrite, une atteinte cutanéomuqueuse avec des ulcérations buccales, une atteinte oculaire avec une uvéite.

A l'examen endoscopique les lésions sont principalement des ulcérations muqueuses, des pseudo polypes, des sténoses ou des fistules. L'évolution de la maladie de Crohn se fait par poussées, séparées par des périodes de rémissions cliniques plus ou moins longues. La guérison vraie est très rare. Les complications de la maladie sont l'occlusion, la sténose, les fistules, l'abcès, l'hémorragie qui traduisent une complication rare mais grave : la colite aiguë grave. A long terme, le risque de cancer colique et d'adénocarcinomes de l'intestin est présent.

Le principe de traitement est distinct suivant la période au cours de laquelle on se situe dans l'avancée de la maladie. Au cours d'une phase de poussée de la maladie de Crohn, le traitement consiste en une prise d'antalgique simple et parfois de cortisone, anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) avec certaines fois des immunodépresseurs. Lors de complications mécaniques on procèdera à une exérèse chirurgicale.

Les facteurs de risque relatif à la maladie de Crohn sont les antécédents familiaux de maladie de Crohn ou de colite ulcéreuse, tabagisme actif, appendicectomie, antibiothérapie périnatale et s'ajoutent à cela les facteurs de risque alimentaire et le stress qui vont entretenir l'inflammation des intestins.

Dès le diagnostic de la maladie effectué, la mise en place de règles diététiques parfois drastiques suivant les personnes est nécessaires: il faut absolument éviter les

aliments irritants tels que coca, choux, haricots, oignons, agrumes, sodas. L'éviction des légumes crus et des légumes les plus fibreux (poireaux, radis, salsifis, asperges) est nécessaire. Le conseil apporté aux patients est de ne pas sauter de repas mais plutôt de les fractionner, en mangeant légèrement cinq ou six fois par jour, de manière à moins fatiguer l'appareil digestif. Il est préférable de limiter les produits laitiers riches en lactose et souvent mal tolérés dans cette maladie ainsi que les fruits secs (noix, noisettes, cacahuètes...) qui peuvent rester bloqués dans une partie malade de l'intestin et entraîner des douleurs [7].

L'approche ostéopathique est elle aussi présente dans le champ médical de la maladie de Crohn, puisqu'elle permet une prise en charge complémentaire et globale du patient, lui permettant de diminuer les symptômes de la maladie, les signes associés, voir de mieux supporter son traitement qui peut être parfois contraignant avec de nombreux effets indésirables. L'étude réalisée par l'université West Virginia [8] a reconnu que l'infertilité masculine est souvent causée par des médicaments thérapeutiques utilisés pour traiter les maladies inflammatoires de l'intestin. Plus de la moitié des patients masculins atteints d'une maladie inflammatoire chronique ont un certain degré d'infertilité comparativement aux 12% de la population générale. Les paramètres tels que la motilité, la morphologie ou bien le nombre total de spermatozoïdes contenu dans le liquide séminal peuvent être affectés par la thérapeutique médicamenteuse.

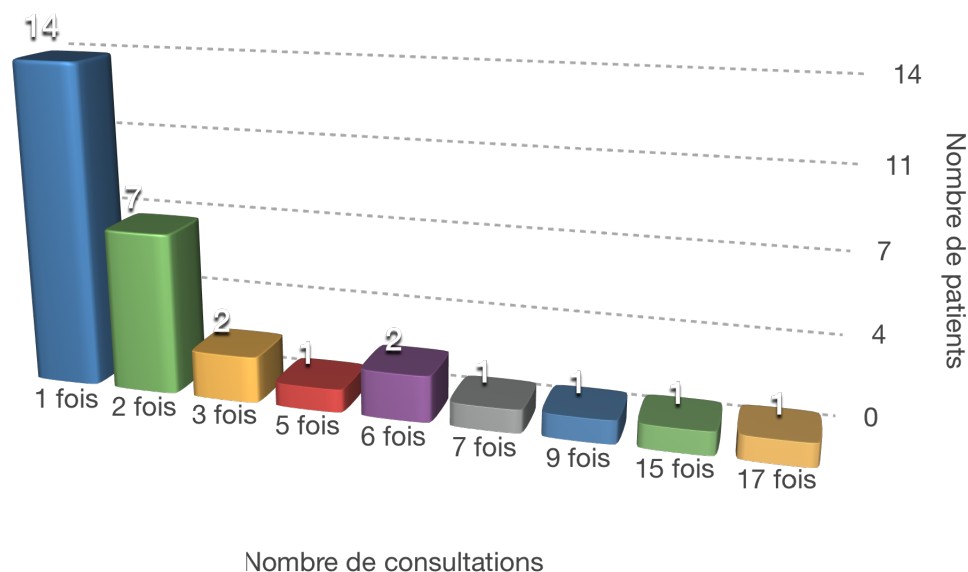
Cette prise de conscience envers le savoir du bénéfice / risque du traitement, à prendre en compte avec la complémentarité des différents corps de métiers représentés dans la santé, est importante.

3. Matériel et Méthode

3.1. Population étudiée:

L'étude a été menée sur un panel de 60 patients, répartis en 30 patients atteints de la maladie de Crohn et 30 patients appartenant au groupe témoin, traités dans les cliniques ISOstéo d'Écully et de La Doua à Lyon, de Mai 2010 à Avril 2016. La sélection des patients Crohniens a été effectuée via les dossiers des patients consultant dans ces deux dispensaires et comprenant dans leurs antécédents la maladie de Crohn diagnostiquée par un médecin. La plupart des patients avaient un traitement pour la maladie ou ont subi une opération. Le groupe de patients Crohniens a été divisé en 13 hommes et 17 femmes. La moyenne d'âge des hommes était de 36,23 ans et celle des femmes de 40,94 ans pour une moyenne d'âge globale du groupe de 38,9 ans. L'écart type du groupe atteint de la maladie de Crohn était de 13,79 avec pour les hommes un écart type de 15,16 et pour les femmes de 12,26. Comparativement le groupe de patients témoins observait une moyenne d'âge globale de 37,7 ans avec pour les hommes 41,5 ans et pour les femmes 34,37ans , ainsi qu'un écart type de 15,02 pour les hommes, 19,9 pour les femmes et de 18,14 en global.

Figure n°2: Consultations / Nombre de patients



Lors de cette étude, on a une répartition de patients ayant un même nombre de consultation pour chaque groupe, comme on peut le voir sur le graphique « cf. figure n°2 ». La répartition est effectuée pour un groupe de 30 patients qui sera identique en nombre de consultation et en nombre de patients pour le groupe des Crohn et des Témoins.

3.2. Critères d'inclusion:

- Être un patient des cliniques d'ostéopathie Isostéo Lyon
- Avoir été diagnostiqué atteint de la maladie de Crohn par un médecin

3.3. Critères de non inclusion:

- Toute complication liée à la maladie de Crohn ne permettant pas une prise en charge ostéopathique.

3.4. Critère d'exclusion:

- Dans le cadre de ce mémoire les critères d'exclusion sont inexistant car l'étude de cas recueille l'ensemble des données-patients et l'ensemble des patients étudiés en début de mémoire se retrouvent ainsi présents en fin de mémoire.

3.5. Matériel utilisé:

L'étude clinique par comparaison de deux groupes, composés de patients atteints de la maladie de Crohn pour l'un et de patients témoins pour l'autre, est réalisée via l'analyse des dossiers cliniques des patients et cela va permettre de démontrer la rela-

tion entre le schéma dysfonctionnel et le patient Crohnien en étudiant les différentes dysfonctions et leurs proportions relevées suivant les groupes.

Selon les résultats de cette étude, on pourra supposer un diagnostic de la maladie de Crohn devant la présence de certaines dysfonctions ostéopathiques. Puisque la maladie de Crohn est idiopathique, on pourra émettre une hypothèse sur la cause ou trouver des facteurs favorisants.

3.6. Méthode:

A partir des dossiers des patients nous avons répertorié toutes les dysfonctions trouvées, que nous avons réparties dans des tableaux puis dans des graphiques. Dans un premier temps, la classification à été faite par région: rachis, viscéral, muscle, membre supérieur, membre inférieur, sphère crânienne.

Chaque tableau relève le nombre de dysfonctions obtenu selon le groupe de 30 patients témoins ou Crohniens. Les diagrammes permettent de mettre en évidence les différences entre les deux groupes pour une même dysfonction.

4. Résultats et analyse:

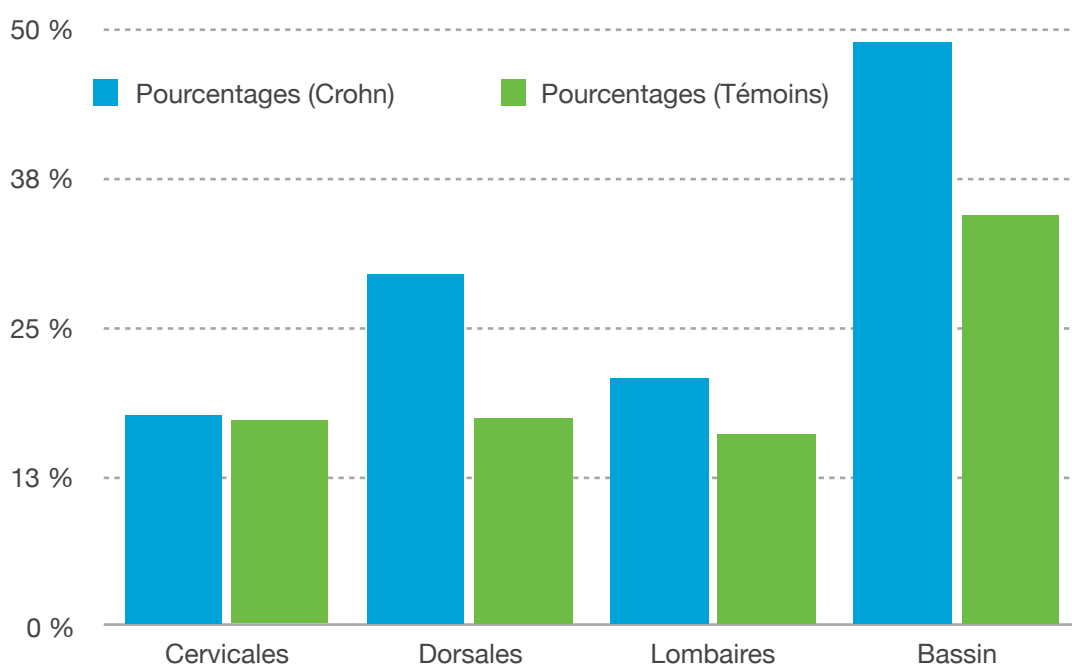
L'étude de cas montre comparativement les résultats des groupes de patients témoins et des patients atteints de la maladie de Crohn:

	Témoin	Crohn
Homme / Femme	46,67 %	43,33 %
Âge (moyenne)	38,9 ans	37,7 ans
Écart Type (Âge)	13,79	18,14

Le tableau récapitulatif montre une similitude entre les résultats des groupes témoin et Crohnien pour le nombre d'hommes présents dans chaque groupe par rapport au nombre de femmes ainsi que les âges des différentes personnes. L'écart type des âges du groupe de patients atteints de la maladie de Crohn est cependant légèrement supérieur.

4.1. Le Rachis en global:

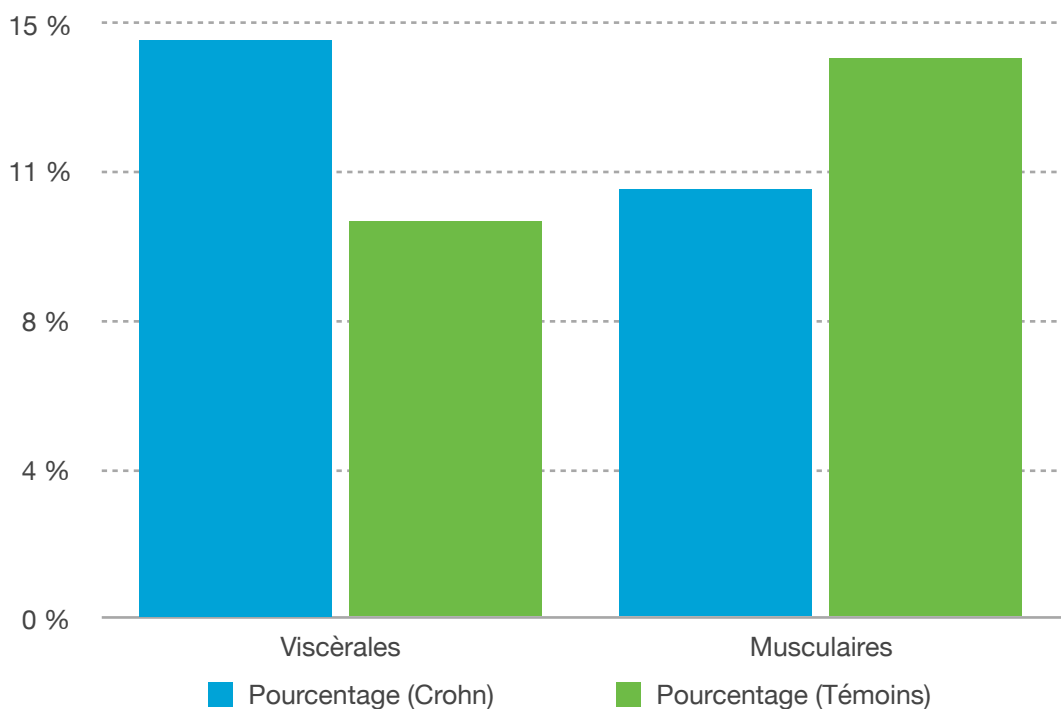
Figure n°3: Graphique des dysfonctions rachidiennes:



On se rend compte que d'un point de vue global l'approche de différentes zones du rachis montre peu de différences mise à part le fait que l'on retrouve d'avantage de dysfonctions articulaires au niveau des dorsales et du bassin chez les patients atteints de la maladie de Crohn « cf. figure n°3 ». Cependant le fait que l'on retrouve peut d'écart entre les deux groupes au niveau des cervicales et des lombaires ne permet pas de démontrer les écarts possibles de dénombrement de dysfonctions étagées.

4.2. Dysfonctions viscérales et musculaires en global:

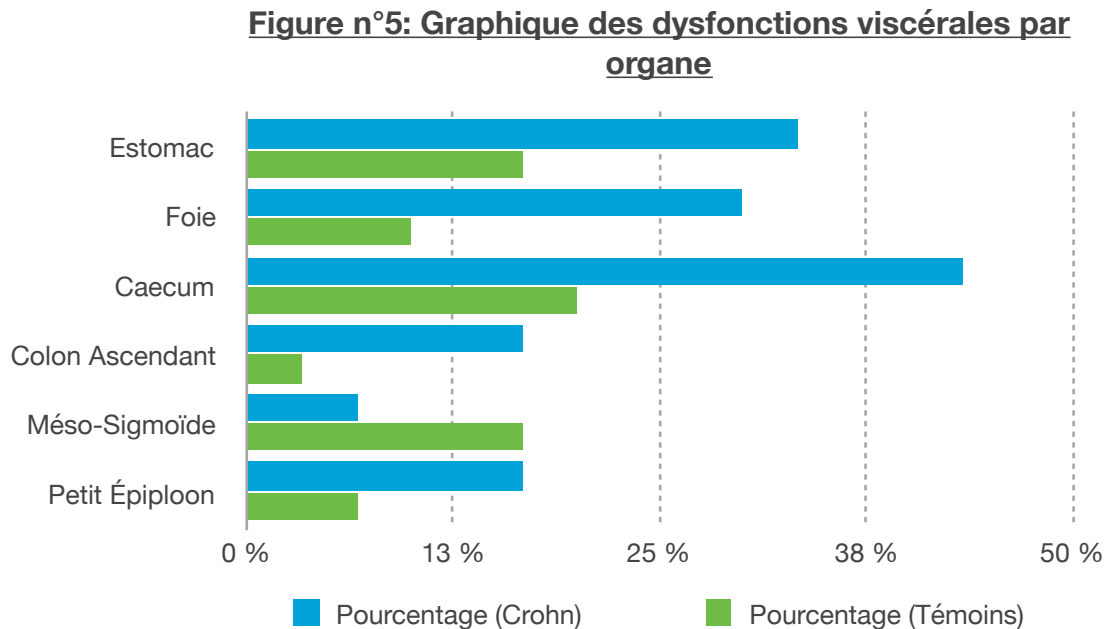
Figure n°4: Graphique des dysfonctions viscérales et musculaires



Les graphes de la « figure n°4 » mettent en évidence le fait qu'il existe davantage de dysfonctions viscérales mais en revanche moins d'atteintes musculaires pour les patients Crohniens comparativement aux patients témoins. Pour nous permettre de comprendre, avec plus de détails, quelles sont les zones avec le plus d'écart de dys-

fonctions entre les deux groupes d'études, il a fallu sélectionner et regrouper les différentes structures intéressées dans de nouveaux graphiques.

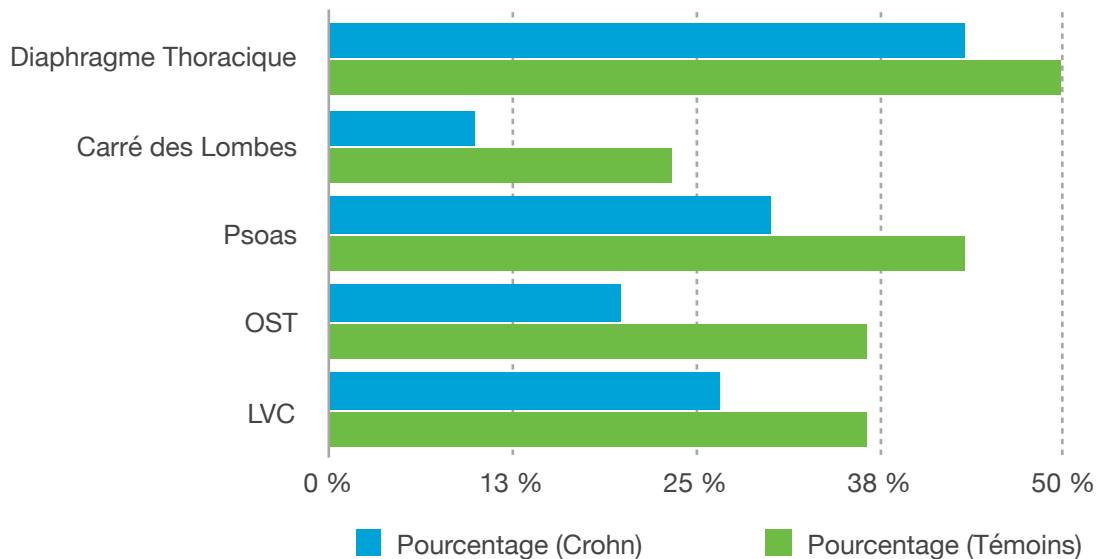
4.3. Dysfonctions viscérales spécifiques:



Sur l'ensemble des dysfonctions viscérales retrouvées seules celles présentées dans le tableau « figure n°5 » ont un écart de pourcentage significatif entre les deux groupes d'étude. On remarque que les patients Crohniens ont tous davantage de dysfonctions viscérales notamment au niveau de l'estomac, du foie, du caecum, colon ascendant et petit épiploon. Cependant on retrouve plus de dysfonctions pour le méso-sigmoïde dans le groupe des témoins. Pour l'estomac, le caecum et le petit épiploon la présence de dysfonctions en pourcentage est doublée dans le groupe Crohn par rapport au groupe témoin. Les dysfonctions du foie sont multipliées par trois pour les patients Crohniens mais les dysfonctions du méso-sigmoïde sont divisées par deux.

4.4. Dysfonctions musculaires spécifiques:

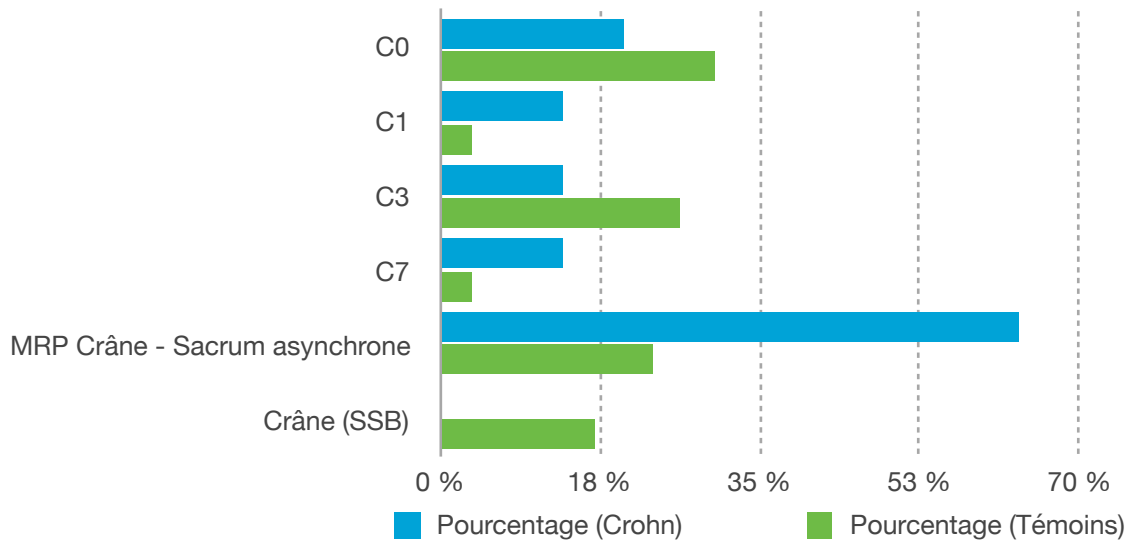
Figure n°6: Graphique des dysfonctions musculaires par tissu



Toutes les dysfonctions musculaires retrouvées avec un écart significatif entre les deux groupes de l'étude montrent un pourcentage de dysfonctions plus important pour les patients témoins que pour les patients atteints de la maladie de Crohn. On dénombre davantage de dysfonctions ostéopathiques au niveau du diaphragme thoracique, carré des lombes, psoas, muscles et aponévroses de la loge viscérale du cou (LVC) et de l'orifice supérieur du thorax (OST) chez les patients témoins « cf figure n°6 ».

4.5. Dysfonctions crâniennes et des vertèbres cervicales:

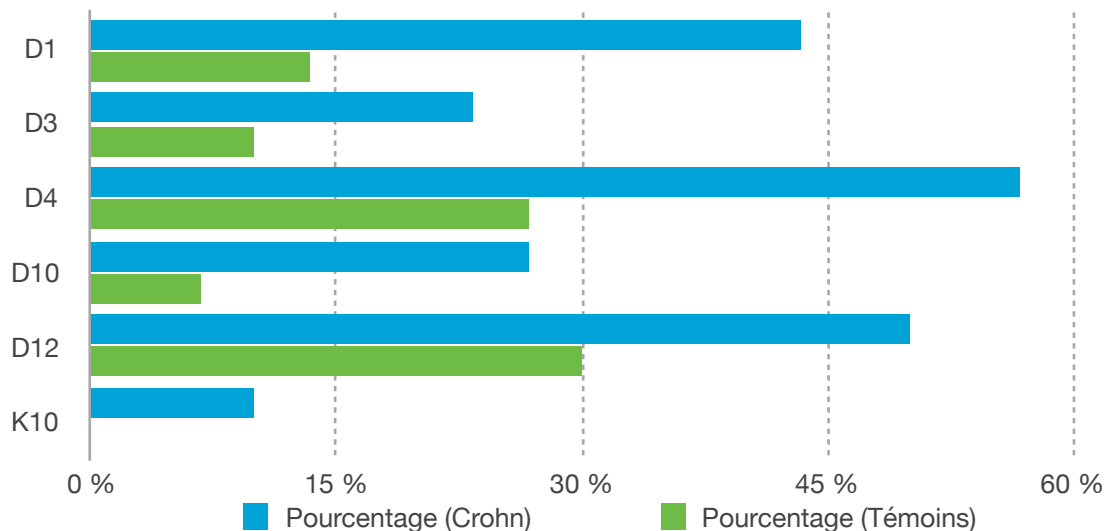
Figure n°7: Graphique des dysfonctions crâniennes et vertèbres cervicales



Les dysfonctions cervicales (C1 et C7) ainsi que la présence d'un mécanisme respiratoire primaire (MRP) analysé selon la technique de crâne-sacrum est d'avantage dysfonctionnel chez les Crohniens que pour les témoins. Les dysfonctions de SSB (0% pour les Crohniens et 17% pour les témoins) et cervicales (C0, C3) sont au contraire plus marquées dans le groupe des témoins. Les dysfonctions cervicales (C1 et C7) se retrouvent trois fois plus présentes dans le groupe de patients atteints de la maladie de Crohn « cf. figure n°7 ».

4.6. Dysfonctions dorsales spécifiques:

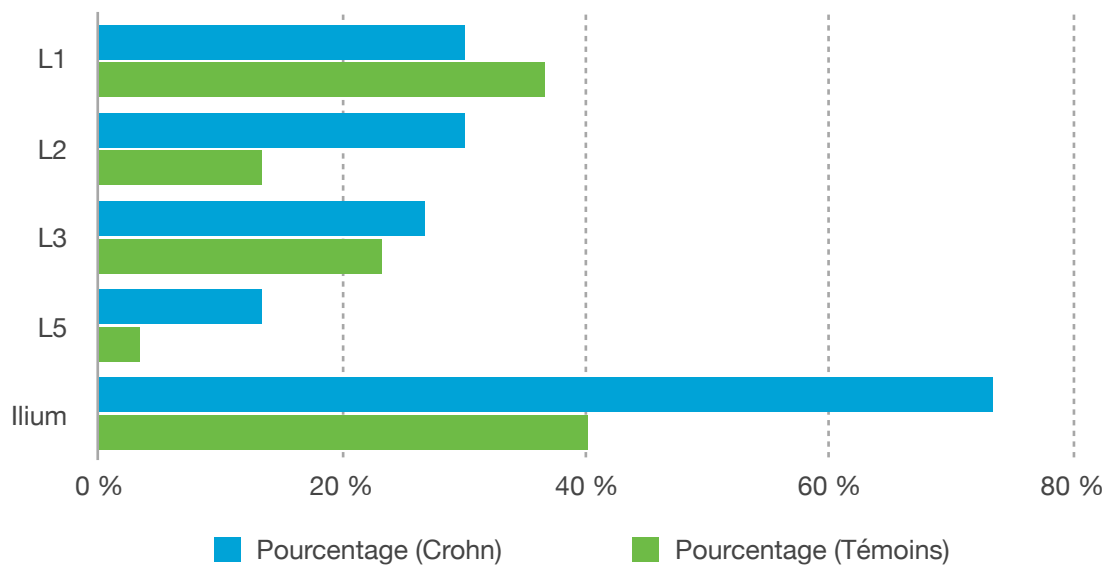
Figure n°8: Graphique des dysfonctions des vertèbres dorsales



Toutes les dysfonctions dorsales sont plus fréquentes chez les patients Crohniens avec trois fois plus de dysfonctions de dorsales (D1 et D10), deux fois plus de dorsales (D3 et D4). On remarque que la dorsale (D12) est retrouvée plus souvent en dysfonction dans le groupe Crohnien ainsi que 10% de plus de côte (K10) dysfonctionnelles que pour les témoins « cf. figure n°8 ».

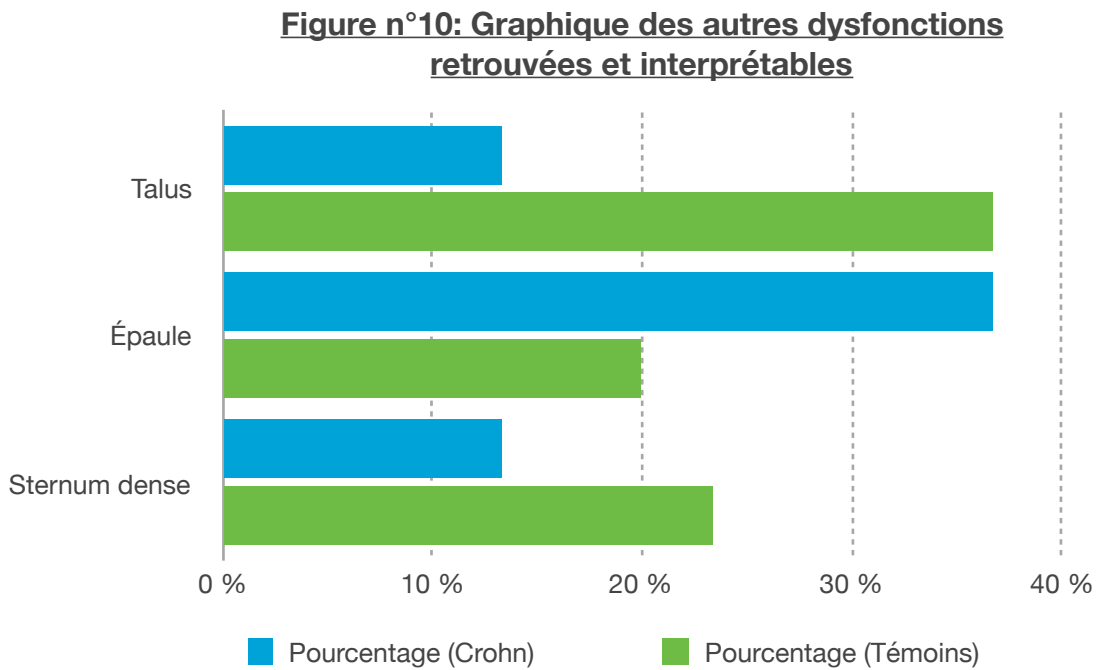
4.7. Dysfonctions spécifiques des lombaires et du bassin:

Figure n°9: Graphique des dysfonctions lombaires et bassin



Pour les dysfonctions du bassin, la seule structure avec un résultat significatif est l'ilium qui est presque deux fois plus souvent en dysfonction pour les Crohns que pour les témoins. Les lombaires (L2, L3 et L5) sont davantage en dysfonction chez les patients atteints de la maladie de Crohn alors que la lombaire (L1) est plus retrouvée dans le groupe des témoins « cf. figure n°9 ».

4.8. Les autres dysfonctions: des membres supérieurs, membres inférieurs et du thorax



On constate que pour le membre supérieur il existe presque deux fois plus de dysfonctions d'épaule pour les patients Crohniens. En revanche, on relève pour le membre inférieur trois fois plus de dysfonctions du talus, et un pourcentage plus important de dysfonctions thoraciques de « sternum dense » pour le groupe témoin « cf. figure n°10 ».

5. Discussion:

L'hypothèse de départ était de savoir si certaines dysfonctions ostéopathiques sont récurrentes chez des patients atteints de la maladie de Crohn. La présence de plusieurs dysfonctions d'un même tissu, organe ou étage vertébral dénombrées pour le groupe de patients atteint de la maladie de Crohn et comparé au groupe témoin corrobore cette conjecture. On a donc constaté quelles étaient les dysfonctions les plus récurrentes pour les patients Crohniens, cependant une des difficultés de l'étude est de pouvoir déterminer quelles sont les causes et quelles sont les conséquences. Une dysfonction vertébrale peut être aussi bien la cause d'un trouble viscéral que sa conséquence. On a alors retrouvé différentes zones dysfonctionnelles, les liens que l'on peut établir entre plusieurs de ces dysfonctions peuvent alors nous conduire sur un schéma dysfonctionnel.

5.1. La partie rachidienne:

Toutes les dysfonctions du rachis retrouvées chez les patients Crohniens peuvent expliquer les atteintes ostéo-articulaires, arthralgie et arthrite qui font partie des signes cliniques de la maladie de Crohn.

On peut constater de façon globale que la maladie a un retentissement sur le MRP (= mécanisme respiratoire primaire) qui se retrouve altéré en lien avec les attaches dure-mériennes situées tout le long de la colonne. Le fait de retrouver plusieurs dysfonctions rachidiennes des cervicales jusqu'aux lombaires en proportion plus importante chez les Crohniens souligne le fait de retrouver un rythme asynchrone entre le crâne et le sacrum.

On a pu constater qu'il existait plus de dysfonctions au niveau des dorsales, des lombaires et du bassin (principalement dues à des dysfonctions d'ilium pour ce dernier) avec 73% de dysfonctions trouvées pour les Crohniens contre 40% pour les témoins. Cette dysfonction d'ilium peut être mise en lien avec les troubles viscéraux, puisqu'il

joue un rôle de protection du petit bassin comprenant la partie généralement la plus inflammée chez les patients de type Crohn à savoir les intestin grêle et côlon.

Les zones charnières, à savoir C1, C7-D1, D12 et L5, sont bien plus présentes en dysfonctions chez les patients atteints de la maladie de Crohn. Ces zones charnières étant davantage restreintes dans la maladie de Crohn cela peut mettre en avant l'aspect de tendon central conforté avec un MRP asynchrone et donc une adaptation possible au niveau de la posture. Cette adaptation posturale en lien avec des fonctions viscérales altérées dans des pathologies digestives a été mise en évidence lors de la conférence de Michel Neunlist. Il nous explique que le système viscéral joue un rôle prépondérant dit de « deuxième cerveau du corps humain » et conforte l'idée qu'une atteinte viscérale a des répercussions sur le corps humain. On retrouve 13% de dysfonctions de C1, C7 et L5 pour les Crohniens contre 3% chez les témoins, 43% de dysfonctions de D1 pour les Crohniens contre 13% chez les témoins, 50% de dysfonctions de D12 pour les Crohniens contre 30% chez les témoins. D12 et L1 sont des étages articulaires en projection du diaphragme, foie et estomac. Ces derniers sont des structures faisant partie de la sphère viscérale et délimitent la partie supérieure du caisson abdominal. On constate alors l'étroite relation qu'il existe entre les différents étages vertébraux et le système digestif.

On retrouve aussi la zone D10 et K10 souvent en dysfonction chez les patients atteints de la pathologie, que l'on peut mettre en lien avec les douleurs projetées rénales, troubles mictionnels et du petit bassin. Cela souligne encore une relation viscérale avec le rachis, mais il existe aussi un lien avec la sphère neurologique, à savoir le nerf petit splanchnique (D10-D12). Une technique ostéoarticulaire peut donc venir réinitialiser le système orthosympathique de la zone et avoir une action neurologique globale sur cette zone dorsale. Cependant, on a constaté plusieurs dorsales dysfonctionnelles chez les Crohniens, il faudrait lors du traitement privilégier une technique ostéopathique à visée neurologique avec une action globale de type « rib-raising ». De plus, pour réguler la balance orthosympathique et parasympathique se pose la question d'utiliser une technique de CV4 (technique crânienne de compression du quatrième ventricule).

C1 en dysfonction peut expliquer les altérations de température et état de fièvre par la proximité du tronc cérébral au sein duquel se trouvent les centres de régulation thermique. Cette zone dysfonctionnelle peut donc engendrer une contrainte, une compression du centre thermique qui va favoriser une élévation de la température d'abord local, puis global du corps humain, avec sur du long terme une potentielle altération de l'état général entretenue par la fièvre et l'inflammation viscérale.

En revanche, on retrouve d'avantage de dysfonctions de C0, C3 et de crâne (SSB) chez les patients témoins que chez les Crohniens. Il existe 17% de dysfonctions de SSB chez les témoins contre 0% chez les Crohniens, 26% de dysfonctions chez les témoins contre 13% chez les Crohniens et 30% de dysfonctions chez les témoins contre 20% chez les Crohniens. Cela pourrait s'expliquer par une faible impaction crânienne pour la pathologie de Crohn avec une attache dure-mérienne moins importante à ces étages vertébraux donc moins de traction.

D3 est en lien avec l'OST (orifice supérieur du thorax) via les différents ligaments qui en font partie. Une faible atteinte dysfonctionnelle chez les Crohniens de D3 et de l'OST peut s'expliquer par une faible impaction du thorax pour la maladie de Crohn et une plus forte atteinte de D4 chez les Crohniens avec une répartition des contraintes de forces altérée.

L'étage vertébral D4 est en lien avec la crosse aortique, il est important pour le lien vasculaire global mais il reste avant tout un point pivot du corps humain. Une atteinte de D4 s'observe pour une grande majorité des patients mais elle est deux fois plus en dysfonction pour le groupe de patients Crohniens ce qui met en avant une mauvaise répartition des contraintes de force sur le corps et donc potentiellement un déséquilibre postural.

Pour les lombaires, L2, L3 et L5 sont d'avantages dysfonctionnelles pour le groupe Crohnien et sont en étroite relation avec la sphère viscérale. L2 correspond à la projection viscérale du duodénum, colon transverse, une partie du colon ascendant et descendant. L3 est aussi associée à la projection viscérale du colon ascendant et des-

endant, et L5 à la partie terminale des intestins à savoir colon sigmoïde et intestin grêle.

Il faut aussi prendre en compte lors du traitement le contexte familial, professionnel, sentimental, et caractériel de la personne puisque les atteintes cervicales signent généralement des conflits mentaux, les dorsales des conflits affectifs et les lombaires une insécurité matérielle et affective [7].

5.2. La partie viscérale:

Les résultats précédents nous ont montré qu'il existait davantage de dysfonctions viscérales dans le groupe des patients atteint de la maladie de Crohn que dans le groupe témoin. Les différentes atteintes viscérales retrouvées peuvent expliquer une partie des signes cliniques de la maladie à savoir les douleurs et masses abdominales, les diarrhées et diverses manifestations anales.

L'estomac joue un rôle prépondérant sur les intestins et le tube digestif . L' estomac physiologique va sécréter de l'acide chlorhydrique proportionnellement à l'acidité du bol alimentaire. Lorsque celui-ci est non physiologique, les pompes à protons sécrètent trop d'acide chlorhydrique dans l'estomac, entraînant par la suite trop d'acidité ce qui va irriter la muqueuse de l'estomac et l'ensemble du tube digestif. Le fait de retrouver 33% d'estomac dysfonctionnel pour le groupe Crohnien contre 17% pour les témoins semble corroborer le fait que l'inflammation et donc l'irritation de l'intestin soit entretenue par un estomac dysfonctionnel, pouvant donc altérer par la suite la fonction de ce dernier avec un retentissement sur l'ensemble du système digestif, et pouvant aboutir aux symptômes de diarrhée, masse abdominale.

Le foie joue un rôle important de vascularisation globale de l'abdomen, le fait de retrouver trois fois plus de foie dysfonctionnel chez les patients du groupe Crohn comparé au groupe témoin illustre le fait d'un manque de revascularisation de la sphère viscérale. On peut se poser la question de l'efficacité d'une simple technique globale viscérale comme traitement pour la maladie de Crohn, à savoir la MACD (= Ma-

nœuvre Abdomino Cardio Dynamogénique). Seulement cette manoeuvre ne doit pas être associée à des techniques spécifiques viscérales, cette technique peut être établie pour différentes pathologies viscérales et n'est donc pas spécifique à un traitement ostéopathique. De plus, cette revascularisation par la mobilisation globale des viscères déjà irrités pourrait raviver l'inflammation des organes concernés. Il serait donc préférable de privilégier une technique à visée globale sur le foie nous permettant de poursuivre le travail viscéral sur une autre structure et d'être alors plus spécifique au traitement de la maladie de Crohn.

Les dysfonctions d'épaule retrouvées peuvent s'expliquer par les points d'inhibition projetés du foie ou de l'estomac suivant le côté de l'atteinte. Le lien viscéral est alors expliqué et approuve la mise en place d'un schéma dysfonctionnel puisque des atteintes du membre supérieur et rachidiennes sont en relation avec le système viscéral.

Le petit épiploon, qui relie la petite courbure de l'estomac au hile hépatique, peut expliquer le fait que l'on retrouve plus de dysfonctions de ce ligament avec 17% pour le groupe Crohnien contre 7% pour le groupe témoin. Les deux organes, estomac et foie, étant eux mêmes davantage dysfonctionnels pour les Crohniens, cela peut entraîner une altération de l'état du petit épiploon.

Le caecum et le colon ascendant sont eux aussi d'avantage dysfonctionnels chez les Crohniens que chez les témoins, avec un écart de 23% pour les dysfonctions de caecum et de 14% pour le colon ascendant. Ce sont les structures qui sont directement touchées lors de la maladie de Crohn. Ces résultats sont donc en adéquation avec la pathologie ; cependant, pour le reste du colon et de la partie terminale du tube digestif, l'écart de pourcentage entre le nombre de dysfonctions dénombrées pour les deux groupes n'est pas significatif. On peut se poser la question de savoir si les tests menés par les étudiants de quatrième et cinquième année d'ostéopathie ont été correctement réalisés. L'un des biais de ce mémoire porte sur la prise de note des élèves, ces derniers n'ont pas de fiches communes pour l'anamnèse ni de routine de test identique pour tous, bien que chacun soit issu de la même école et que les cliniques soient encadrées par des formateurs. Le fait que plusieurs étudiants aient testé les différents patients, que leur niveau académique ne soient pas identique, qu'ils soient

peu expérimentés car toujours en étude et qu'ils n'aient pas forcément appliqué le même protocole de tests nous permet de relativiser les résultats et conclusions de ce mémoire.

Les sujets atteints de la maladie de Crohn n'étant pas concernés par la constipation terminale chronique mais étant d'avantage diarrhéiques, cela tend à expliquer le fait que l'on ne retrouve que 17% de dysfonctions du méso-sigmoïde chez les Crohniens alors que l'on est à 7% chez les témoins.

5.3. La partie musculaire, aponévrotique et fasciale:

La perte de mobilité de certaines zones, par exemple ostéo-articulaire ou viscérale, est palliée par le système musculaire, ce qui explique le fait que l'on retrouve moins de dysfonctions musculaires et aponévrotiques pour le groupe de patients Crohniens. Cela sous-entend qu'il n'existe pas de modification posturale importante, d'où le fait que les chaînes musculaires ne soient pas mise en jeu et que l'on retrouve trois fois plus de dysfonctions de talus pour le groupe témoin (37% de dysfonctions de talus) que pour le groupe Crohnien (13% de dysfonctions de talus) ainsi qu'un sternum plus dense chez les témoins (23% de dysfonctions) que chez les Crohniens (13% de dysfonctions).

Les dysfonctions vertébrales répertoriées seraient donc d'origine viscéro-pariétale car peu de dysfonctions musculaires sont retrouvées. Le système musculaire est ici adaptatif puisque l'on retrouve seulement 43% de dysfonctions de diaphragme pour les Crohniens contre 50% pour les témoins, 30% de dysfonctions de psoas pour les Crohniens contre 43% pour les témoins, 10% de dysfonctions de carré des lombes pour les Crohniens contre 23% pour les témoins, 20% de dysfonctions d'OST (= Orifice Supérieur du Thorax) pour les Crohniens contre 37% pour les témoins et 27% de dysfonctions de LVC (= Loge Viscéral du Cou) contre 37% pour les témoins.

5.4. Schéma dysfonctionnel et traitement ostéopathique proposé:

Suite aux résultats et analyses retrouvés lors de cette étude , il ressort effectivement un schéma dysfonctionnel : il s'agit d'un schéma dysfonctionnel viscéro-pariétal.

Le schéma viscéro-pariétal est illustré par les dysfonctions les plus récurrentes pour le patient atteint de la maladie de Crohn avec un écart de pourcentage important en faveur de ce dernier groupe. On retrouve alors les structures suivantes dans notre schéma: le foie, l'estomac, les zones charnières (C7-D1, D12-L1 et L5), l'ilium, l'épaule et un MRP crâne-sacrum asynchrone « cf. figure n°11 ».

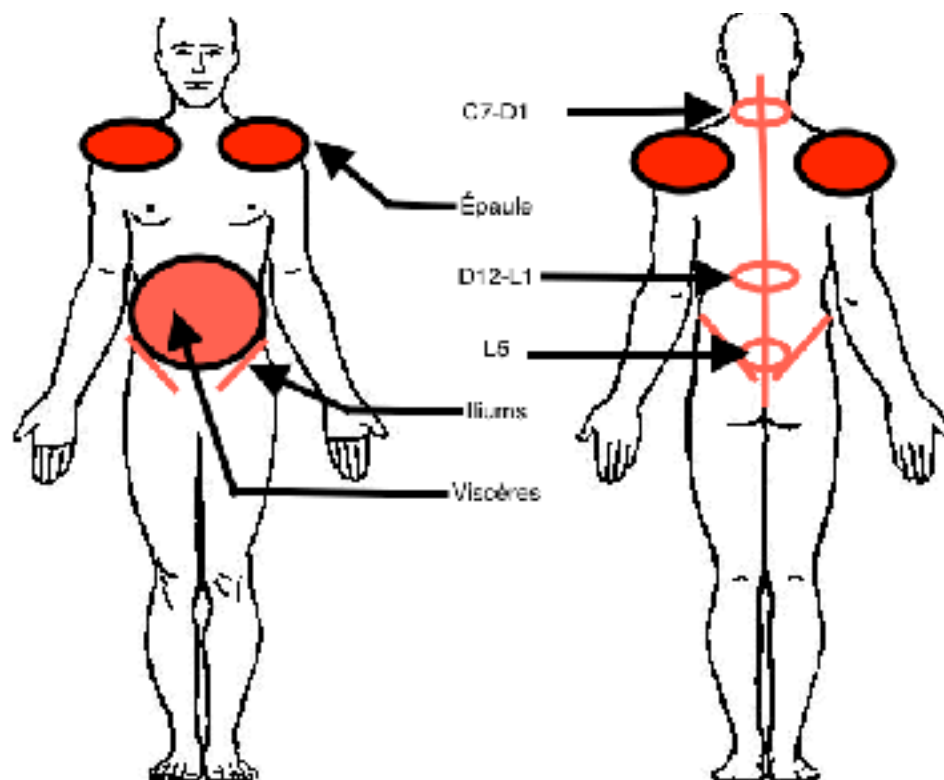


Figure n°11: Schémas dysfonctionnels d'un patient-type atteint de la maladie de Crohn

Une des prises en charge ostéopathique viscéral que l'on peut proposer suite au schéma dysfonctionnel est le suivant:

Jéjunum / iléon:

- Test et traitement de la racine du mésentère en décubitus latéral: cette position nous permet une facilité d'accès sur la structure à travailler et de limiter l'impaction et la gêne de l'ilium souvent dysfonctionnel. Cela nous permet d'avoir une idée globale de la zone potentiellement la plus irritée chez le patient atteint de la maladie.
- Mobilisation globale de la masse de l'intestin grêle: technique douce qui permet de lever les zones de résistances et d'adhérences et permet d'enclencher un début de travail à visée circulatoire.

Foie:

- pompe hépatique: drainage vasculaire qui agit sur la revascularisation globale du système viscéral. Cela nous permet de cibler un seul organe à traiter, ce qui va avoir une action globale sur l'ensemble de l'abdomen et un retentissement sur l'épaule via l'aspect de point d'inhibition .

Circulation:

- équilibration diaphragmatique: permet de travailler le caisson abdominal avec la zone charnière D12-L1.
- technique de rib-raising: technique visant à re-dynamiser le système orthosympathique du patient et d'agir globalement sur les dorsales.
- traitement du plexus solaire: permet d'avoir une action sur le terrain du patient et donc sur un traitement à long terme, puisque le stress entretient l'inflammation du corps et se matérialise par une zone résistante au niveau du plexus solaire.
- pompe sternale et recoil sur le sternum: action de drainage lymphatique qui permet de poursuivre et d'asseoir le traitement à visée circulatoire globale.

« Trouver la santé devrait être la préoccupation principale de l'ostéopathe, n'importe qui peut trouver la maladie » A.T.Still.

Cette citation montre la pensée initiale de l'ostéopathie et prouve la place d'un schéma dysfonctionnel lors d'un traitement engagé par le thérapeute. C'est pourquoi la mise en place d'un traitement en adéquation avec le schéma dysfonctionnel trouvé et appuyé par la récurrence et l'importance des zones dysfonctionnelles, est fondamentale et factorise les chances d'apporter un confort avec une diminution des douleurs associées à la maladie de Crohn.

6. Conclusion:

L'intérêt principal de cette étude était de faire un lien entre un schéma dysfonctionnel ostéopathique et la maladie de Crohn.

La mise en place d'une étude de cas témoin a permis de mettre en évidence le fait que certaines dysfonctions ostéopathiques sont récurrentes chez les patients atteints de la maladie de Crohn et sont en corrélation avec les signes cliniques pour cette pathologie. Il aurait été intéressant de poursuivre et d'étendre cette étude sur plusieurs régions en France car les éléments recueillis sont uniquement des données de la clinique d'Isostéo Lyon, alors que la majorité des cas Crohnien recensés se trouve d'avantage dans le Nord.

La présence de dysfonctions viscérales et rachidiennes plus importantes chez les Crohniens, et à l'inverse une atteinte musculaire plus faible, nous a permis de proposer schéma dysfonctionnel et le traitement qui en découle. Le schéma dysfonctionnel retrouvé est viscéro-pariétal avec les structures dysfonctionnelles majeures suivantes: foie, estomac, les zones charnières (C7-D1, D12-L1 et L5), l'ilium, l'épaule et un MRP crâne-sacrum asynchrone.

L'ostéopathie peut être bénéfique pour ces patients et apporter du bien-être comme semblent le démontrer les études précédemment citées. Cependant, cette médecine douce est complémentaire du traitement médical adapté pour chaque patient. En effet, la prise en charge de ces patients doit se faire en coordination avec le corps médical: médecin, chirurgien, kinésithérapeute, nutritionniste, pour avoir un effet optimal et lutter contre les gênes multiples engendrées par la maladie. En réalité la transparence concernant le dossier médical du patient, entre professionnel de santé et le thérapeute, est limitée. De ce fait, la prise en charge des patients atteints de cette pathologie ne pourrait que s'améliorer. Le conseil que l'on pourrait apporter à ces patients serait d'enrayer le terrain de stress qui entretient l'effet inflammatoire, en s'orientant sur des exercices de sophrologie, yoga, méditation. La relation patient-thérapeute est une première étape pour la prise de conscience de ce phénomène souvent mal accepté.

4. Liste des références

Ouvrages:

- HEBGEN E., Checklists ostéopathie viscérale, Édition Maloine, 2011, 343p.
- [1] HAS, Guide ADL n°24 - Maladie de Crohn, Haute Autorité de Santé, 2008, 23p.
- [2] VICARI F., De Barrett à Zollinger-Ellisson: Quelques cas historiques en gastroentérologie, Édition ALN.

Articles:

- [3] PICHE T., PISHVAIE D., TIROUVAZIAM D., FILIPPI J., DAINESE R., TONOHOUHAN M., DEGALLEANI L., NÉBOT-VIVINUS M.H., PAYROUSE J.L., HÉBUTERNE X., Osteopathy decreases the severity of IBS-like symptoms associated with Crohn's disease in patients in remission, Programme Hospitalier de Recherche Clinique CHU de Nice, 2014.
- [4] Baron JH: Inflammatory bowel disease up to 1932. Mt Sinai J Med. 2000;67:174-189.
- [5] Aufses Jr A: The history of Crohn's disease. Surg Clin North America 2001;81:1-11.
- [6] Stuti Mehta, D. Alexander Cronkite, Megha Basavappa, Tahnee L. Saunders, Fatemeh Adiliaghdam, Hajera Amatullah, Sara A. Morrison, Jose D. Pagan, Robert M. Anthony, Pierre Tonnerre, Georg M. Lauer, James C. Lee, Sreehaas Digumarthi, Lorena Pantano, Shannan J. Ho Sui, Fei Ji, Ruslan Sadreyev, Chan Zhou, Alan C. Mullen, Vinod Kumar, Yang Li, Cisca Wijmenga, Ramnik J. Xavier, Terry K. Means and Kate L. Jeffrey, Mainte-

nance of macrophage transcriptional programs and intestinal homeostasis by epigenetic reader SP140, 2017.

- [7] REDJEM-CHIBANE R., Penser le cerveau par le ventre: une nouvelle idée à digérer, Ostéopathie magazine n°29, p. 6-12, 2016.
- [8] SANDS K., JANSEN R., ZASLAU S., GREENWALD D., the safety of therapeutic drugs in male inflammatory bowel disease patients wishing to conceive, Alimentary Pharmacology and Therapeutics, 2015.

Cours:

- Cours de viscéral, HAOUY B., VIGNON N., à l'Institut Supérieur d'Ostéopathie (ISOSTEO) Lyon, 2014-2016
- Cours d'immunologie, KOHLI E., à la Faculté de Pharmacie de Dijon, 2015
- Cours de diététique et nutrition, FONTVIEILLE C., à l'Institut Supérieur d'Ostéopathie (ISOSTEO) Lyon, 2016-2017

Conférences:

- Conférence « Promenade sous la peau », Dr Jean-Claude Guimberteau, 2014
- Conférence « Le ventre est-il vraiment notre deuxième cerveau ? », Michel Neunlist, 2016

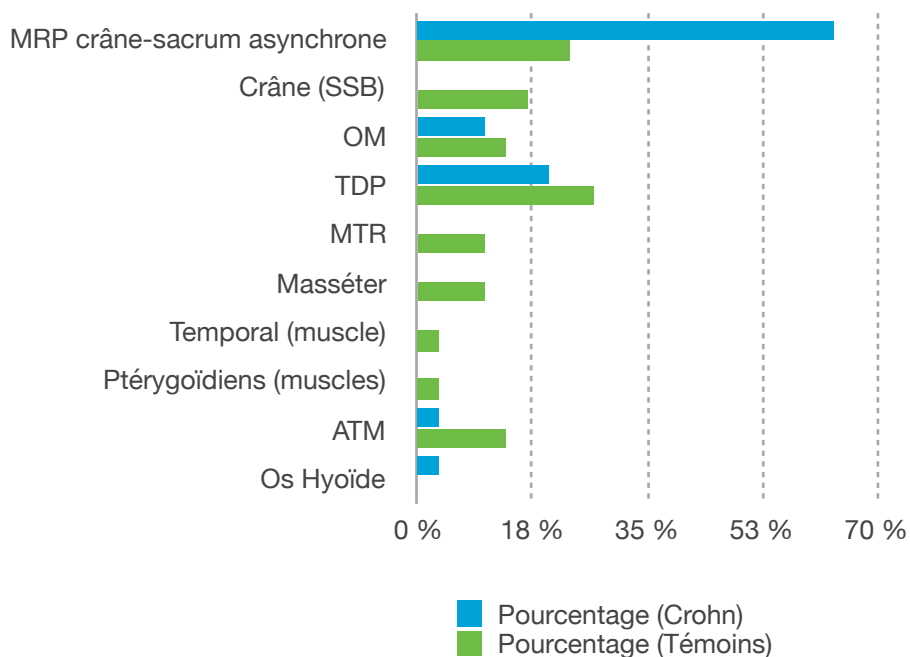
Table des Matières

1. Introduction.....	8
2. Rappels Théoriques.....	10
2.1. B.B Crohn.....	10
2.2. Description de la Maladie de Crohn.....	12
3. Matériel et méthodes.....	15
3.1. Population étudiée.....	15
3.2. Critère d'inclusion.....	16
3.3. Critère de non inclusion.....	16
3.4. Critère d'exclusion.....	16
3.5. Matériel utilisé.....	16
3.6. Méthode.....	17
4. Résultats et analyse.....	18
4.1. Le rachis en global.....	18
4.2. Dysfonctions viscérales et musculaire en global.....	19
4.3. Dysfonctions viscérales spécifiques.....	20
4.4. Dysfonctions musculaires spécifiques.....	21
4.5. Dysfonctions crâniennes et des cervicales.....	22
4.6. Dysfonctions dorsales spécifiques.....	22
4.7. Dysfonctions des lombaires et du bassin spécifiques....	23
4.8. Les autres dysfonctions	24

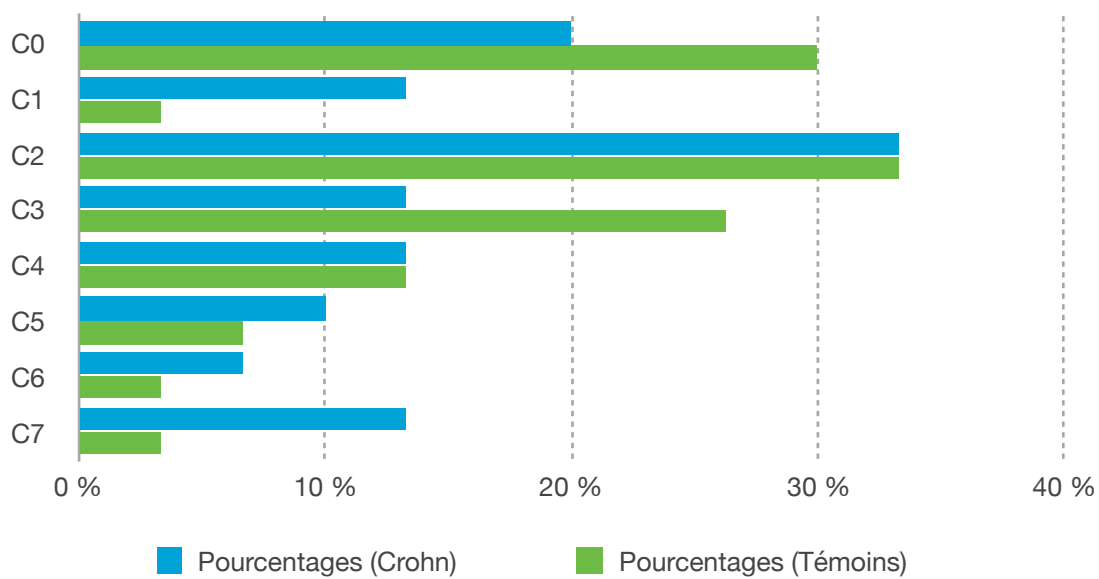
5. Discussion.....	25
5.1. La partie rachidienne.....	25
5.2. La partie viscérale.....	28
5.3. La partie musculaire.....	30
5.4. Schéma dysfonctionnel et traitement proposé.....	31
6. Conclusion.....	34
7. Liste de références.....	35
8. Table des matières.....	37
9. Annexes.....	39
10. Résumé.....	45

Annexes:

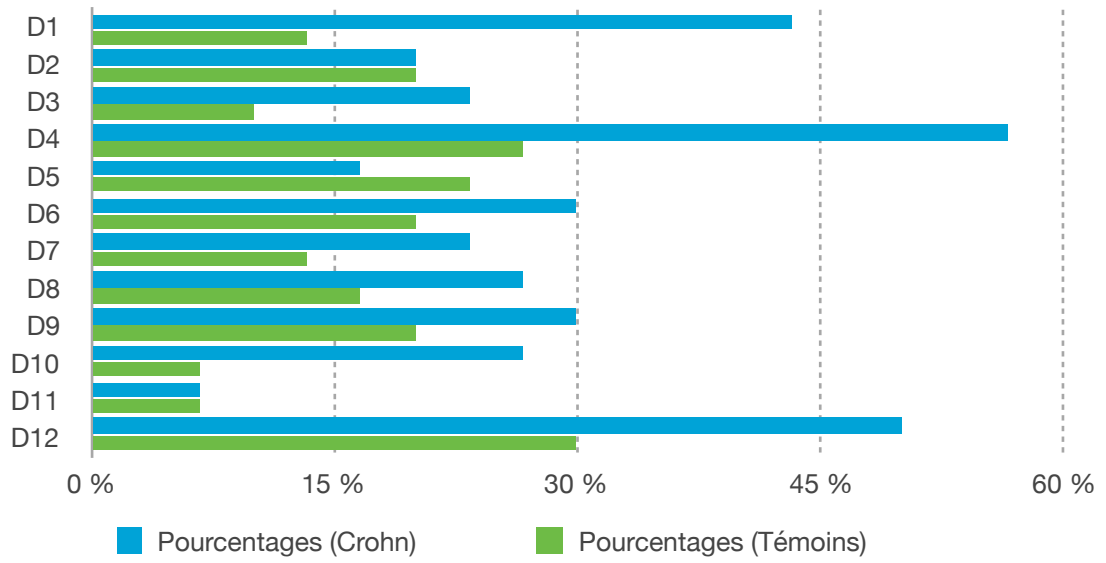
Dysfonctions crâniennes:



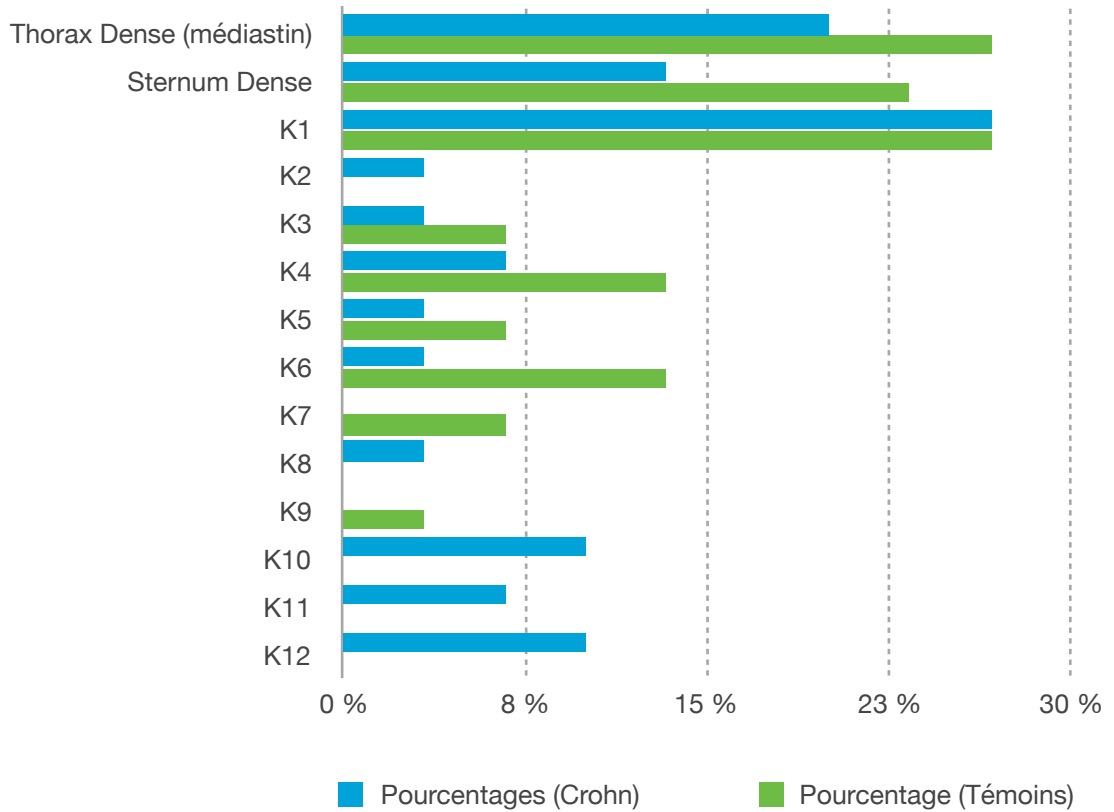
Dysfonctions cervicales:



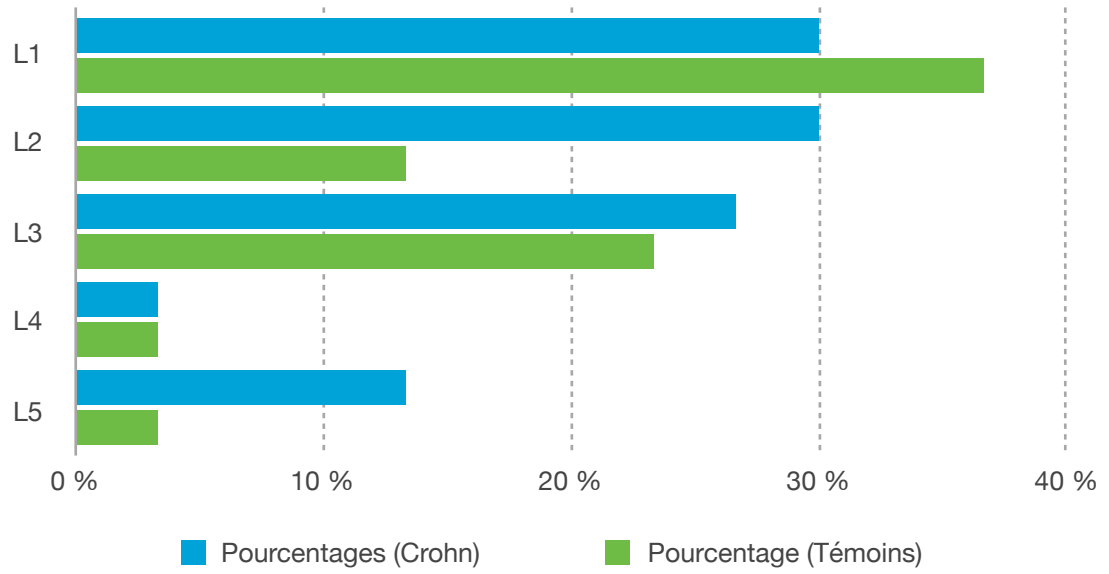
Dysfonctions dorsales:



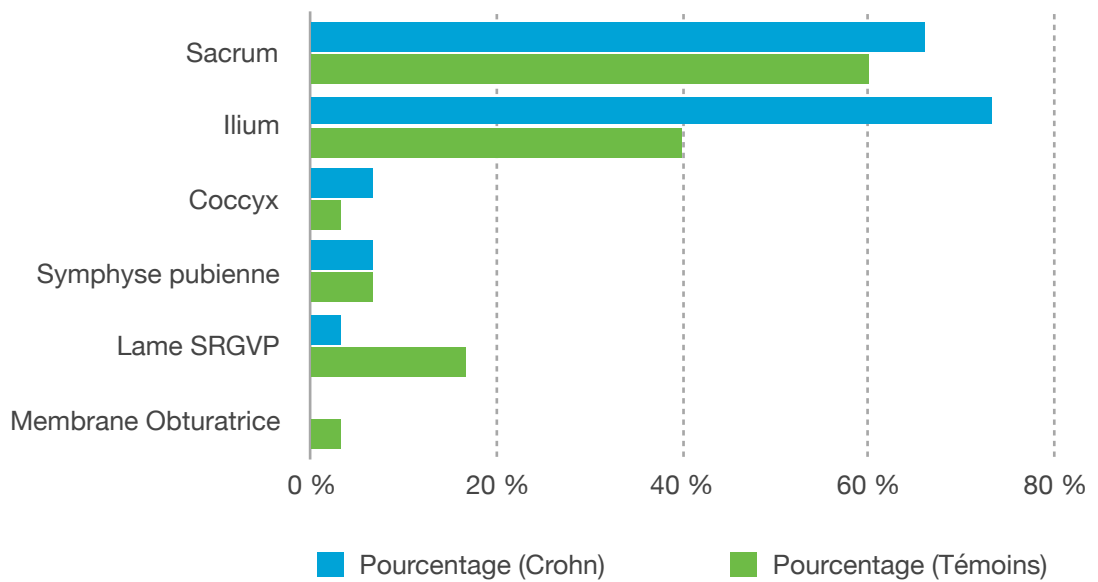
Dysfonctions thoraciques:



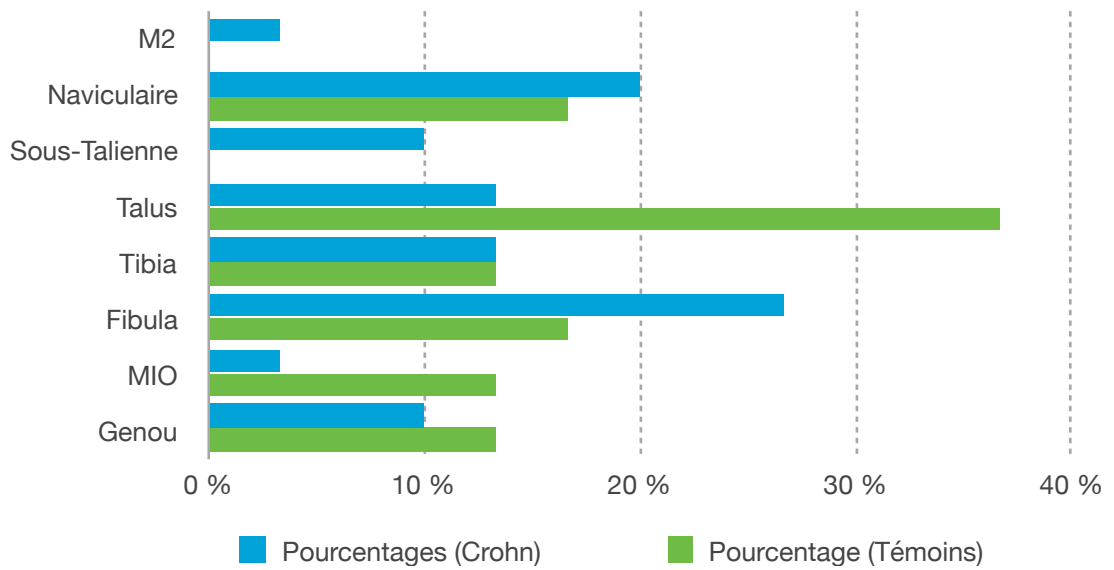
Dysfonctions lombaires:



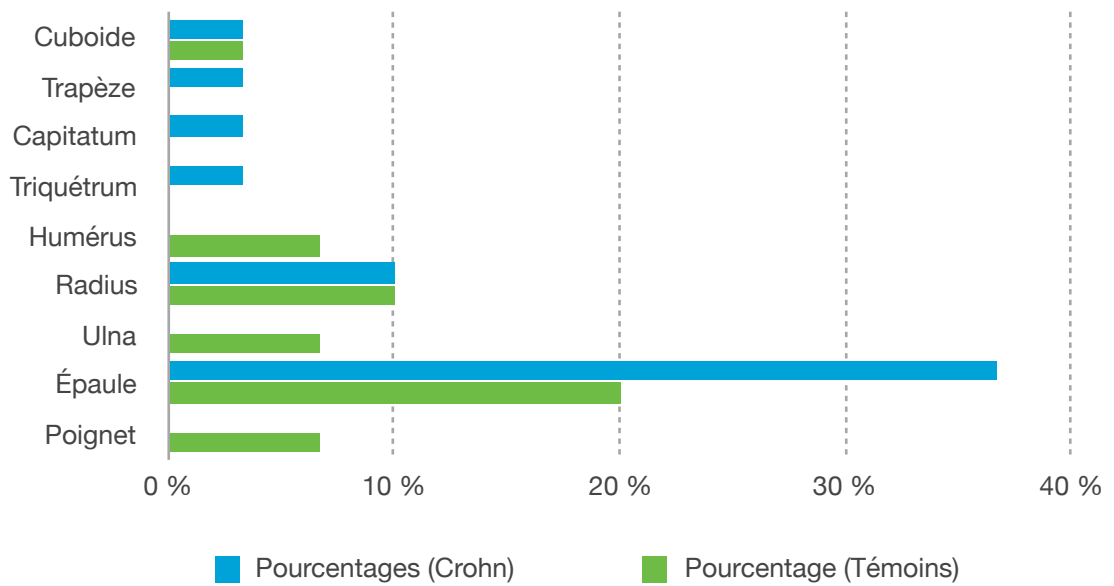
Dysfonctions bassin:



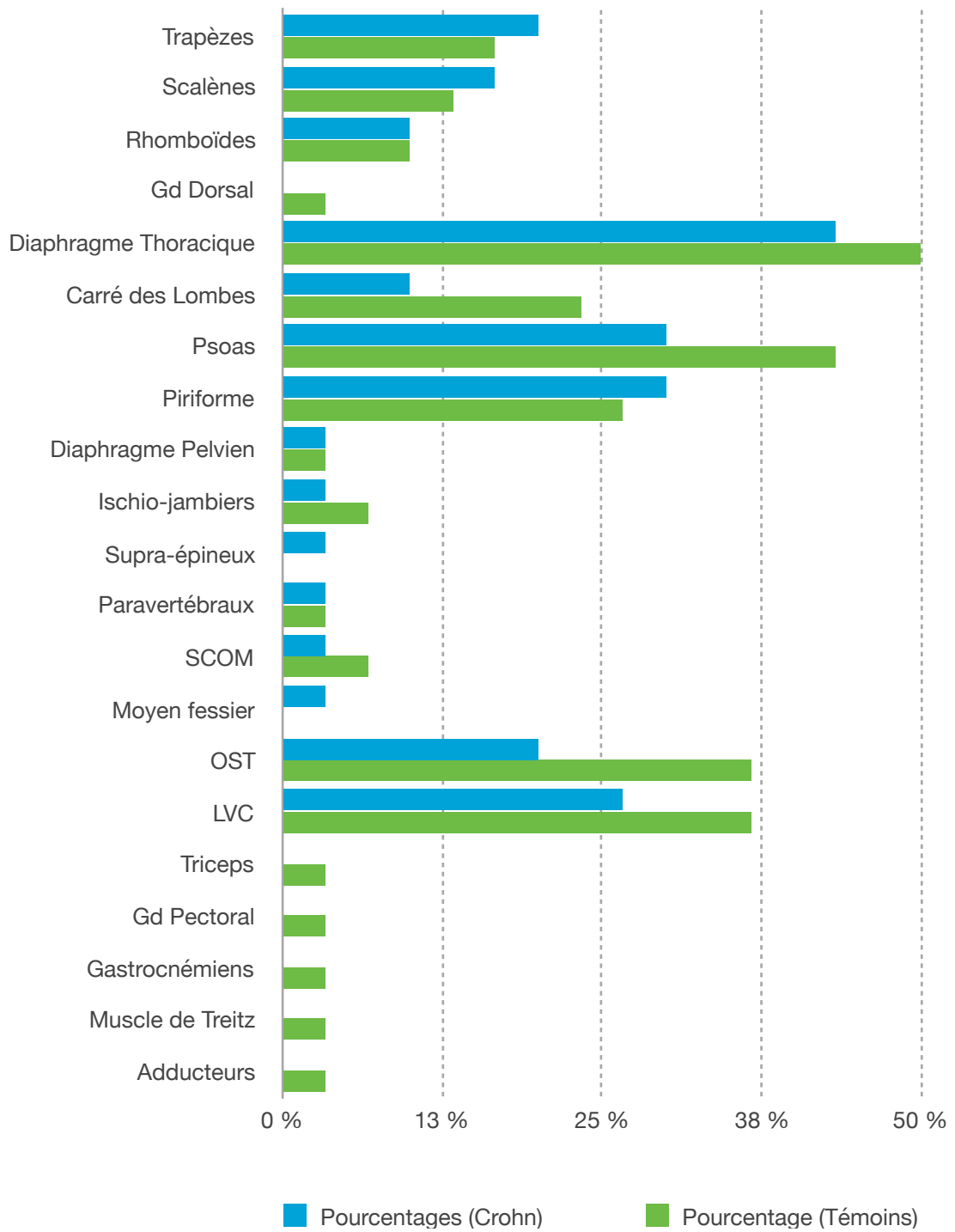
Dysfonctions du membre inférieur:



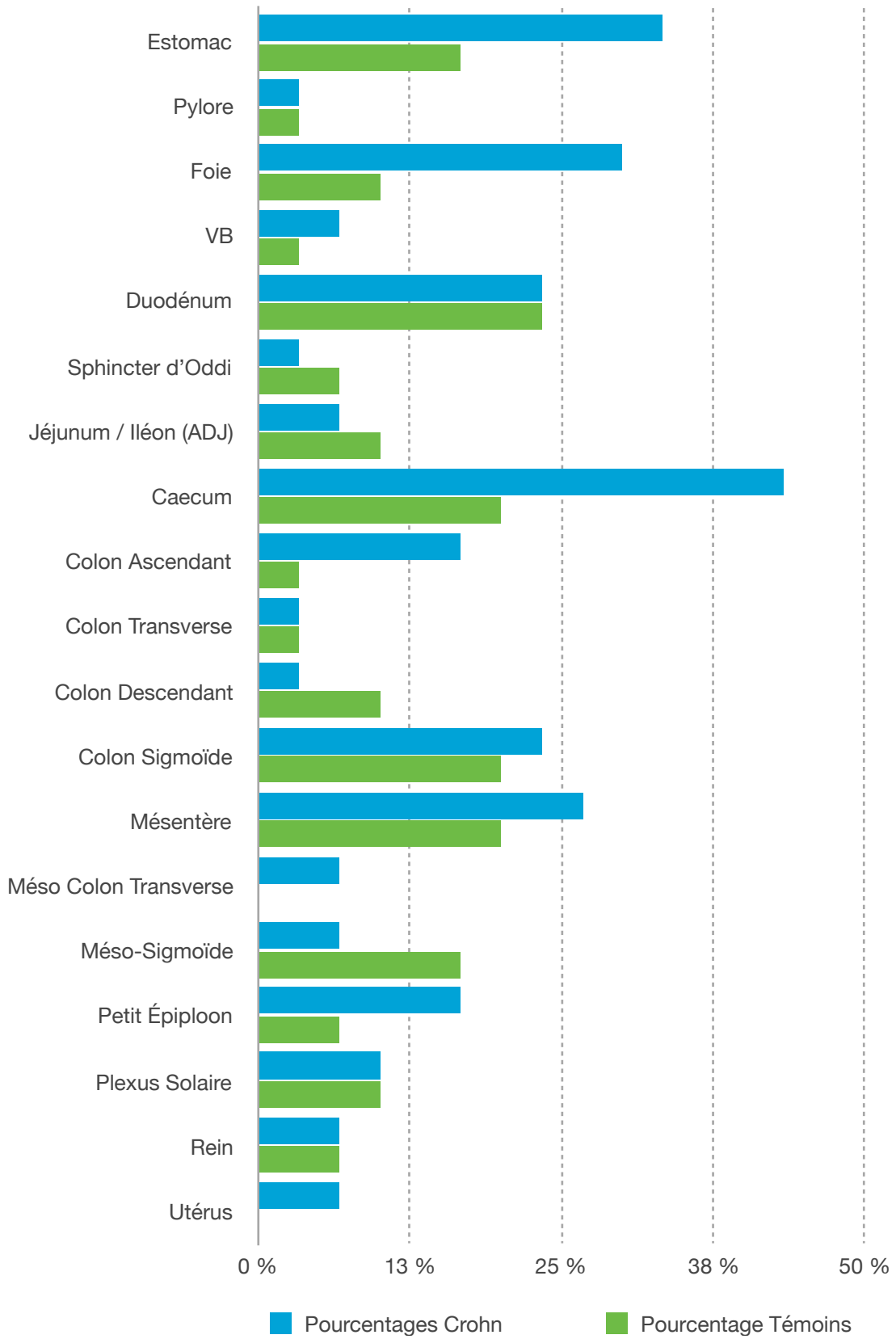
Dysfonctions du membre supérieur:



Dysfonctionnements musculaires:



Dysfonctions viscérales:



Résumé:

Les patients atteints de la maladie de Crohn ont de multiples signes cliniques et atteintes diffuses en lien avec leur pathologie. Le but de notre étude était de mettre en évidence l'apport de l'ostéopathie sur le confort de vie du malade et la diminution des douleurs ou symptômes cliniques associés, et donc de savoir s'il existe un schéma dysfonctionnel ostéopathique type de la maladie de Crohn. Cette étude de cas témoins a été réalisée à l'aide des dossiers patients de la clinique Isostéo Lyon. L'analyse des dossiers ostéopathiques de 30 patients Crohniens que l'on a comparé à 30 patients témoins, nous a permis de prouver une récurrence de dysfonctions chez les Crohniens et de distinguer un groupe de dysfonctions retrouvées de manière significative pouvant expliquer les douleurs et signes cliniques. D'autre part, nous avons mis en évidence le fait qu'un schéma dysfonctionnel viscéro-pariétal pouvait être possible. Cependant l'échantillon est insuffisant et devrait être étendu sur toute la France pour obtenir un résultat significatif. Il serait intéressant d'enrichir cette étude sur une période plus importante avec un plus grand nombre de patients.

Mots Clés: Maladie de Crohn, pathologie digestive, viscéral, ostéopathie

Abstract:

Patients affected by Crohn disease have many symptoms and scattered lesions. The purpose of our analysis was to prove improvement that osteopathy can bring to those patient in their every day life by the decrease of symptomatology and pain. The other point was to evaluate if we can affirm the existent of a lesional scheme common to the patients concerned by this pathology. This case-control study has been done using clinic cases of Crohn patients from Isostéo school in Lyon. Comparing 30 Crohn patients with a group of 30 patients without that disease has showed several dysfunctions in common between the patients suffering from Crohn disease, and some of those dysfunctions are significantly more frequent. This fact could explain pain and clinical signs.

On the other hand, we've been able to show that an viscéral scheme was possible. We have to extend this study all over France to be able to affirm those results.

It would be interesting to continue this study on a longer term, with more patients.

Keywords: Crohn disease, digestive pathology, viscéral, osteopathy