

Institut Privé d'Enseignement Ostéopathique



MEMOIRE n°

Pour le

DIPLÔME d'OSTÉOPATHE (D.O.)

Présenté le 14 Juin 2013 à Pantin

Par

Melle Camille Darai

Née le 23 Mars 1987 à Rennes

Titre

Impacts des techniques ostéopathiques pelviennes sur
les douleurs de l'endométriose

Membres du jury :

Président :

Assesseurs :

Directeur du mémoire : Olivier Deboute

Institut Privé d'Enseignement Ostéopathique

MEMOIRE n°

Pour le

DIPLÔME d'OSTÉOPATHE (D.O.)

Présenté le 14 Juin 2013 à Pantin

Par

Melle Camille Darai

Née le 23 Mars 1987 à Rennes

Titre

Impacts des techniques ostéopathiques pelviennes sur
les douleurs de l'endométriose

Membres du jury :

Président :

Assesseurs :

Directeur du mémoire : Olivier Deboute

Note aux lecteurs :
Travail réalisé dans le cadre du D.O. IPEO
Pour utiliser ou reproduire ce document, veuillez contacter l'auteur et le
directeur de l'IPEO : Mr Rémy RACHOU.

Remerciement

A monsieur Olivier Debouté qui m'a aidé et conseillé tout au long de la réalisation de ce mémoire en témoignage de mon profond respect.

A l'ensemble des professeurs de l'IPEO pour leur enseignement et conseils.

A l'équipe médicale et paramédicale du centre expert en endométriose du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Tenon qui m'a accueillie et permis de réaliser ce mémoire.

A ma mère et à mon père pour leur amour et leur soutien tout au long de mes études.

A mon frère Emmanuel pour son soutien sans faille.

A mon chéri Mathieu pour tout son amour et son soutien

Sommaire

1. Introduction.	Page 6
2. Généralités sur l'endométriose.	Pages 7-22
2.1. Physiopathogénie de l'endométriose.	Pages 6 -7
2.2. Formes cliniques de l'endométriose.	Pages 8-11
2.3. Mécanismes biologiques impliqués dans l'endométriose	pages 11-12
2.4. Facteurs de risques	Pages 12-13
2.5. Classification AFS	pages 13-15
2.6. Manifestations cliniques	pages 16-18
2.7. Recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)	Pages 19-21
3. Matériels et méthodes	pages 22-32
3.1. Objectifs	page 22
3.2. Critères d'inclusion	page 22
3.3. Critères d'exclusion	page 23
3.4. Données épidémiologiques	page 23-28
3.5. Procédure ostéopathique	page 29-32
3.6. Recueil de données	page 32
3.7. Analyse statistique	page 32
4. Résultats	page 33-37
5. discussion et perspectives	page 38-39
6. Conclusion	page 40
7. Bibliographie	page 41-43

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 hormono-dépendante expliquant que la plupart des thérapeutiques actuellement 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 sont porteuse d'une endométriose. Ce taux atteint jusqu'à 50% chez les femmes infertiles représentant la première cause de stérilité dans les pays développés (2) (3).

Le traitement de l'endométriose varie en fonction de l'âge de la patiente, de l'existence de douleurs et d'une infertilité. Le traitement médical doit être essayé de première intention reposant principalement sur l'utilisation des oestro-progestatifs, les progestatifs et les analogues de la GnRh mais le taux d'échec important du traitement médical souvent impose une chirurgie. Toutefois, cette chirurgie est associée à des complications et des séquelles parfois sévères. 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 d'ostéopathie pelvienne sur les douleurs et la qualité de vie des patientes porteuses d'une endométriose en utilisant des questionnaires validés.

2. Généralités sur l'endométriose

2.1. Physiopathogénie de l'endométriose.

Comme nous l'avons souligné, seules les lésions comportant des glandes endométriales et du stroma peuvent être considérées comme de l'endométriose (figure 1). La présence d'un seul de ces composants ne permet pas son diagnostic.

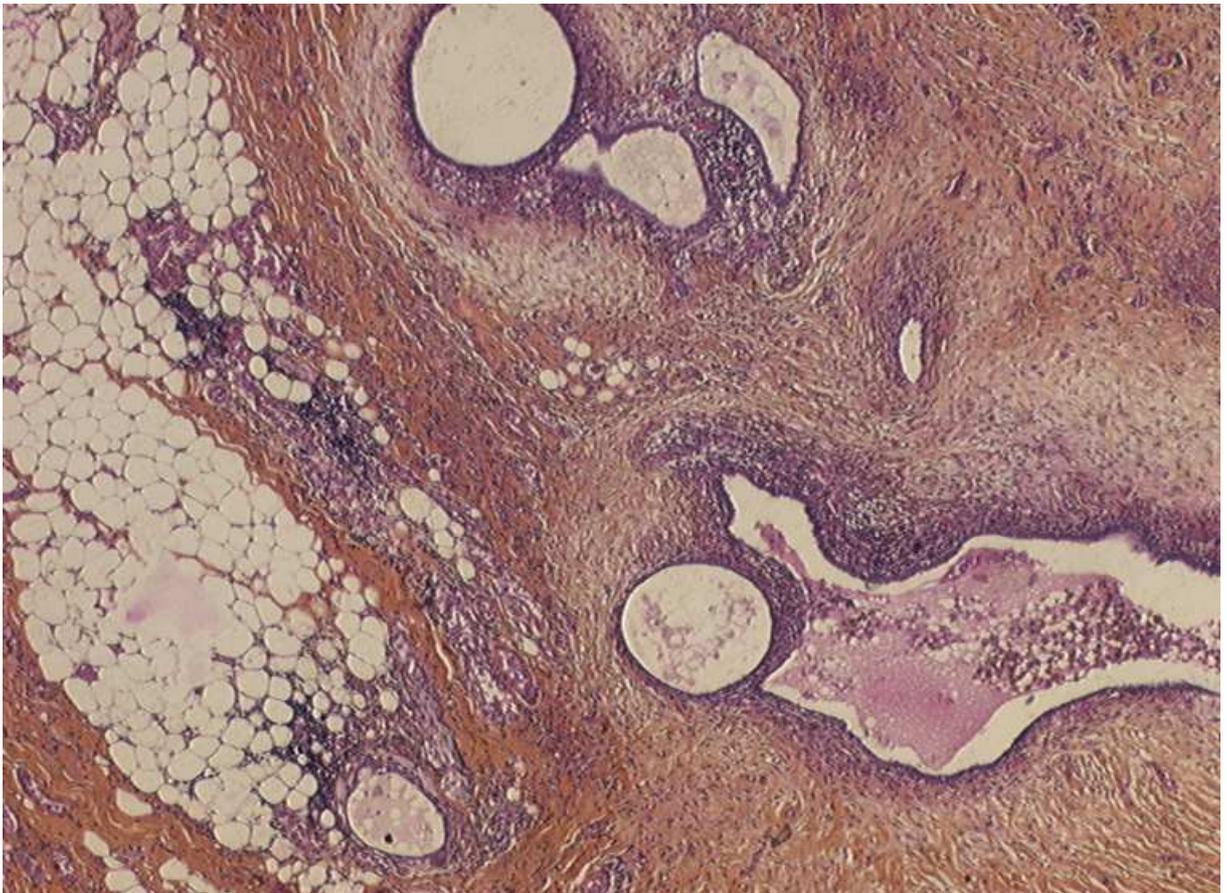


Figure 1 : aspect histologique d'une coupe d'endométriose association des glandes et du stroma.

Plusieurs théories sont admises pour expliquer l'origine de l'endométriose :

- La théorie de Sampson (4), la plus couramment admise, est basée sur la dissémination par reflux menstruel tubaire de tissu endométrial dans la cavité péritonéale.
- La théorie de la métaplasie cœlomique suggère que le tissu endométrial serait issu d'une transformation métaplasique de tissu péritonéal en tissu endométrial, ceci sous l'influence de facteurs endogènes immunologiques et biochimiques (théorie de l'induction) (5).

- D'autres théories ont été évoquées telles que la dissémination hématologique, lymphatique ainsi qu'une origine génétique bien qu'aucun gène de susceptibilité n'ait été trouvé à ce jour. Concernant la théorie hématologique, celle-ci permettrait d'expliquer des localisations inhabituelles de l'endométriose au niveau pulmonaire, ORL et cérébrale. Concernant la théorie lymphatique, celle-ci est concordante avec des données anatomiques retrouvant des foyers d'endométriose au sein de ganglion lymphatique. Concernant la théorie génétique, il existe indiscutablement une augmentation du risque relatif d'être porteuse d'une endométriose lorsqu'un parent au premier degré présente une endométriose. De même, il est démontré que le risque relatif d'endométriose est multiplié par 3 chez les jumelles homozygotes. Enfin il convient d'insister sur le rôle des agents environnementaux sur l'incidence croissante de l'endométriose. Les agents les plus souvent incriminés sont les xénooestrogènes (tableau 1).

Classe	Source	Molécules
Estrogènes « naturels »		
Endogènes	Ovaires, surrénales, placenta, tissu adipeux	Estradiol, estrone, estriol
Phytoestrogènes	Plantes, épices, aliments	Genestène, coumestriol
Mycoestrogènes	Champignons, céréales	Zearalenone
Estrogènes de synthèse		
Thérapeutique	Pharmaceutique	Ethinyl estradiol, diéthylstilbestrol
Usage vétérinaire	Viande	Zéranol
Produis chimiques		
Organochlorés	Pesticides	Op'DDT, op'DDE, metoxychlore, Kepone, dieldrin, atrazine
PCB (biphénols polychlorés)	Plastiques, isolants	Toxafène, endosulfan, Iendiane
Bisphénol A Phtalates	Résines, plastiques Plastiques	
HCB (hexachlorobenzène)	Solvants	
PAH (hydrocarbures aromatique polycycliques)		
Anti estrogènes		
Thérapeutique	Pharmaceutique	Tamoxifène
Industriels	Déchets toxiques	Dioxine (TCDD)

Tableau 1 : principaux xénooestrogènes impliqués dans l'endométriose

2.2. Formes cliniques de l'endométriose.

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

- Endométriose superficielle péritonéale dont le diagnostic clinique et y compris par imagerie est difficile le plus souvent diagnostiquée lors d'une coelioscopie pour douleur ou infertilité (figure 2).

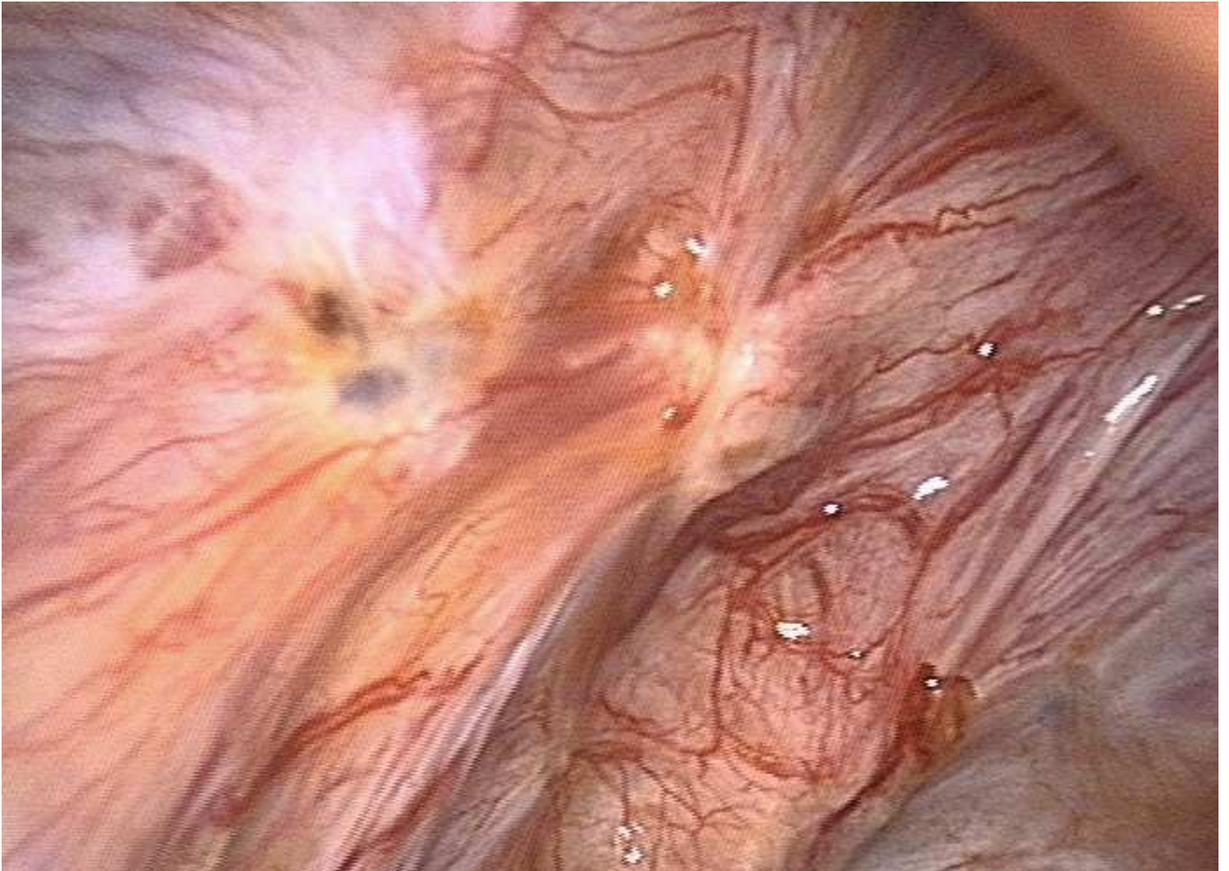


Figure 2 : Aspect macroscopique d'une endométriose péritonéale lors d'une coelioscopie caractérisée par une hypervascularisation et un aspect rétractile comportant à la fois des lésions récentes et anciennes.

- Endométriose ovarienne formant des kystes appelés endométriome est la localisation la plus fréquente. Son diagnostic peut être fait à l'examen clinique par la présence d'une masse annexielle découverte lors d'un toucher vaginal mais surtout par les examens complémentaires dont l'échographie et l'IRM car le plus souvent en dehors de l'endométriose profonde associée, ils sont asymptomatiques (figure 3).

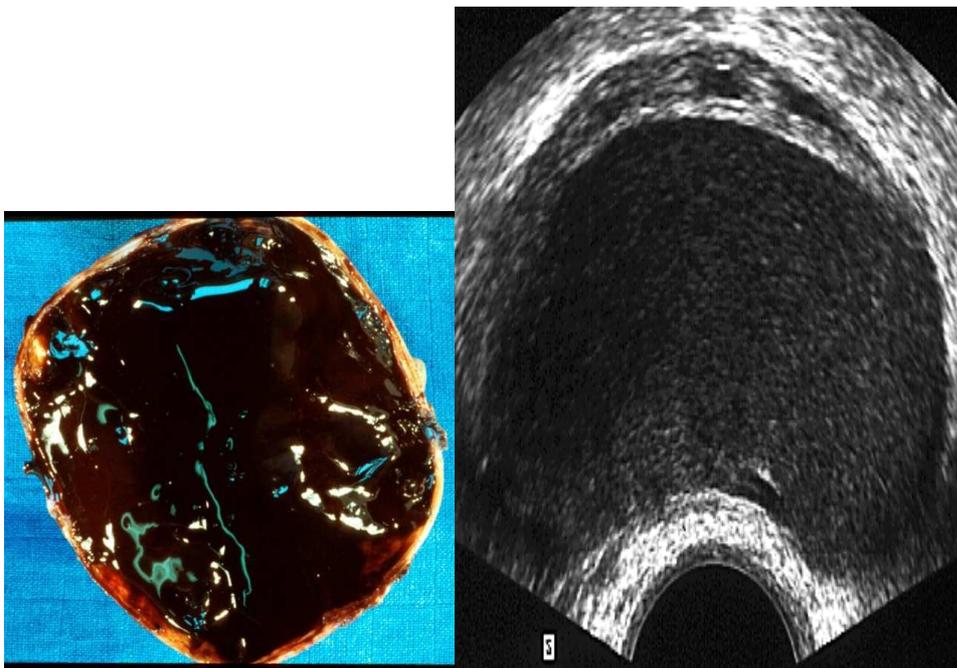
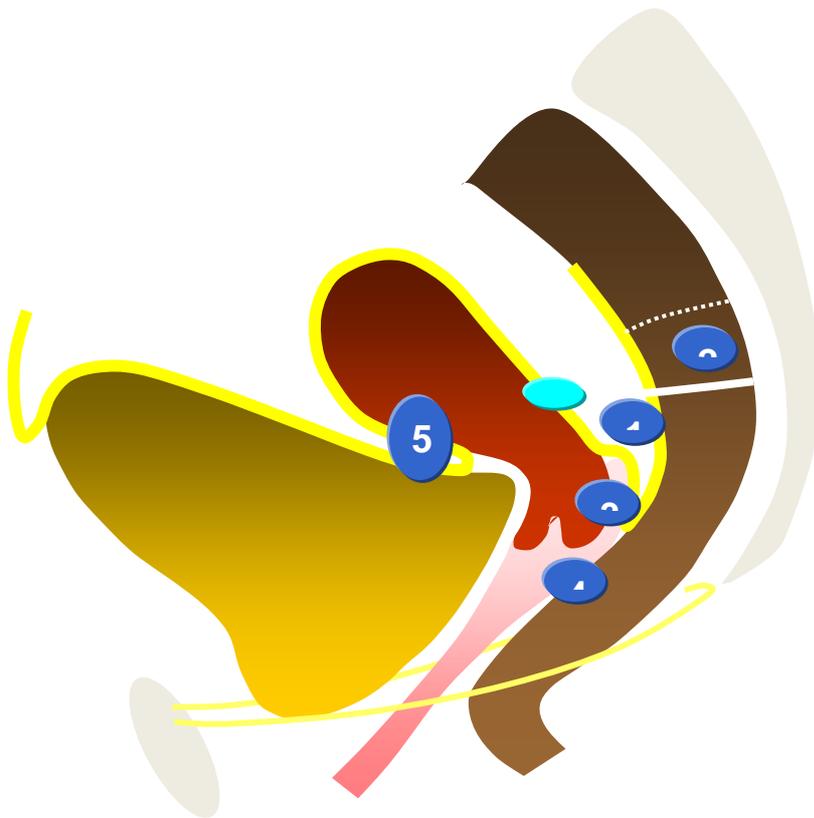


Figure 3 : aspect macroscopique d'un endométriome de l'ovaire avec son contenu typique couleur chocolat. Aspect échographique d'un endométriome avec un contenu finement échogène caractéristique.

- Endométriose profonde qui se définit par l'infiltration des structures anatomiques et des organes pour l'endométriose. Elle affecte par ordre décroissant de fréquence les ligaments utéro-sacré (1), le colon-rectum(2), le vagin(3), la cloison recto-vaginale(4) et la vessie(5). Elle affecterait environ 20% des patientes présentant une endométriose (figure 4).

Figure 4 : localisations principales par ordre décroissant de fréquence de l'endométriose profonde ; les ligaments utéro-sacré (1), le colon-rectum(2), le vagin(3), la cloison recto-vaginale(4) et la vessie(5).



Toutefois, il convient de souligner que ces trois formes d'endométriose peuvent être associées à des degrés variables.

Dans notre mémoire, nous nous intéresseront exclusivement à l'endométriose profonde particulièrement celle affectant le colon-rectum qui correspond à la forme la plus sévère et la plus douloureuse (figure 5).

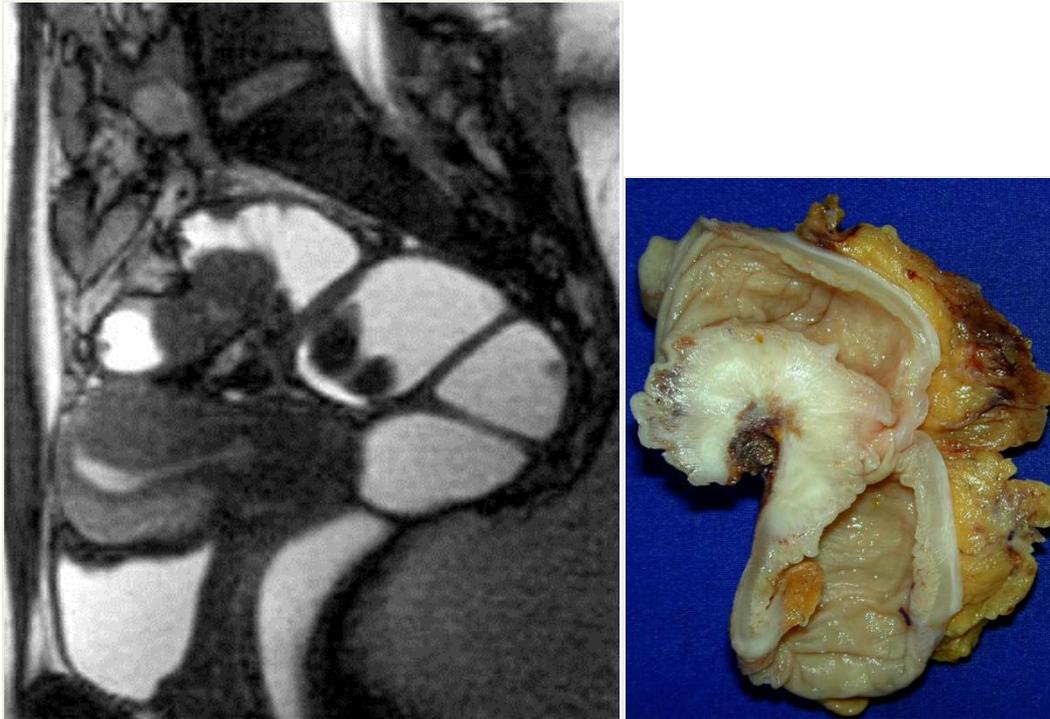


Figure 5 : aspect IRM d'une endométriose profonde avec atteinte de la charnière recto-sigmoïde. Pièce anatomique de la résection colo-rectale montrant l'infiltration de la paroi intestinale par un tissu principalement fibreux caractéristique d'une endométriose.

2.3. Mécanismes biologiques impliqués dans l'endométriose.

Les mécanismes biologiques impliqués dans le développement de l'endométriose diffèrent vraisemblablement en fonction de la localisation de l'endométriose intra ou sous-péritonéale (6).

Les mécanismes sont :

- Une augmentation de l'inflammation locale par le biais de modifications de l'immunité cellulaire (prolifération macrophagique) (8) (9).
- Une diminution de l'activité des lymphocytes T et Natural-Killer (NK), entraînant la persistance des implants endométriosiques (10).
- Une production excessive de cytokines et de facteurs de croissance favorisant la prolifération, l'adhésion et l'inflammation des tissus endométriaux ectopiques (6).

- Des modifications hormonales du liquide péritonéal telles qu'une augmentation du niveau en œstrogènes, entraînant une prolifération des cellules endométriales (11).
- La dissémination intra-abdominale des lésions endométriosiques se fait selon les flux du liquide péritonéal dans la cavité intra-abdominale en tenant compte des obstacles naturels anatomiques tels que le sigmoïde expliquant l'incidence élevée de son atteinte, du cul de sac de Douglas correspondant à la partie la plus déclive de l'organisme.

2.4 . Facteurs de risques

Plusieurs facteurs de risques ont été identifiés dans l'endométriose.

Le plus reconnu est l'âge, c'est en effet chez les femmes en âge de procréer que l'on diagnostique très majoritairement une endométriose avec un pic de fréquence entre 30 et 40 ans (figure 6) (12) (13).

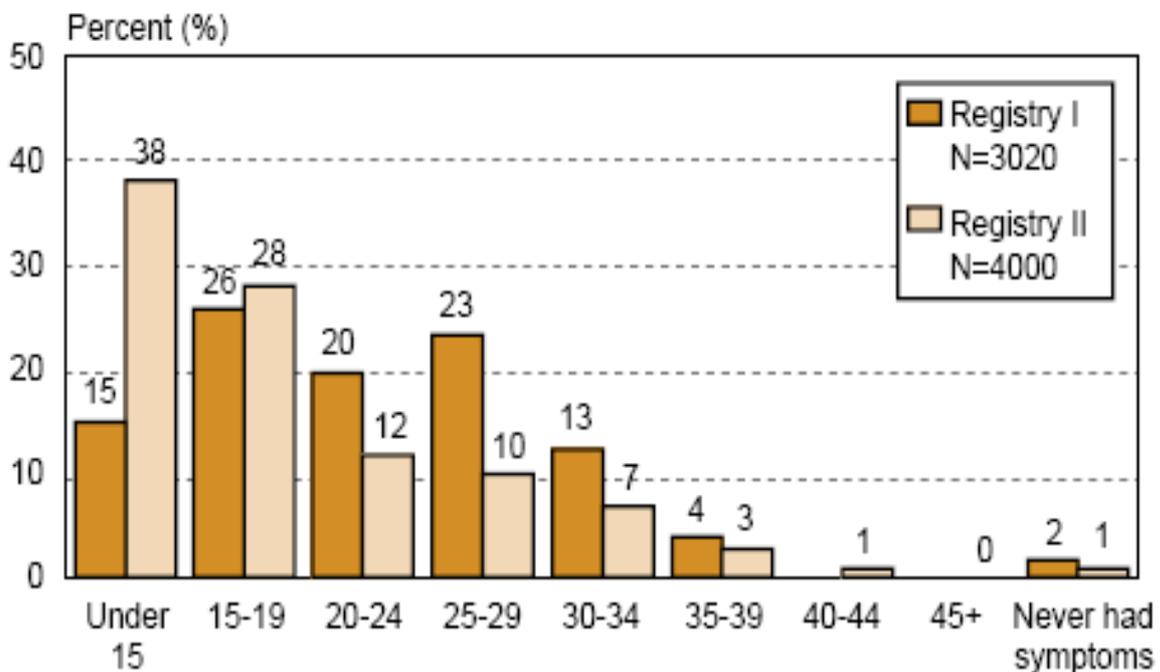


Figure 6: incidence de l'endométriose en fonction de l'âge des patients et des périodes d'études. Il existe une incidence croissante de l'endométriose dans les tranches d'âge de 15 à 20 ans. (selon Ballweg Best Practice & Res Clin Obstet Gynaecol, 2004)

Certaines études ont montré que l'endométriose était associée à un niveau socio-économique élevé(14) (15). On constate plus de lésions endométriosiques chez les patientes nulligestes (16) cependant plus le niveau socio-économique est élevé plus la première grossesse est tardive.

Il semble également que des cycles courts et un allongement de la durée des règles soient corrélés à une augmentation de fréquence de l'endométriose (17) (18) (19).

Le tabac et l'activité physique seraient des facteurs protecteurs.

Il semble qu'il existe un terrain prédisposant pour certaines formes sévères (20), il serait dû soit à des altérations génétiques, soit à des anomalies de l'endomètre.

Plusieurs études montrent que des facteurs environnementaux que nous avons déjà cités influencent la survenue de la maladie.

En 1996, suite à une expérience menée par Rier (21) sur des singes exposés à des dioxines alimentaires, ces animaux développent une endométriose avec une incidence et une sévérité dose-dépendante.

Bois et Eskenazi (22) s'intéressent à la population de Seveso en Italie exposée accidentellement à un fort taux de dioxines en 1976 suite à une explosion dans une usine et retrouve une incidence d'endométriose plus forte que dans la population générale.

En 2006, Reddy (23) retrouvent plus de phthalates dans le sang de femmes ayant une endométriose que dans celui de celles qui n'en ont pas.

Tous ces éléments soulignent l'hypothèse que l'endométriose serait une pathologie plurifactorielle.

2.5. Classification AFS

Afin de permettre une comparaison des études et d'établir des facteurs pronostiques, l'American Fertility Society (AFS) publie en 1979 la première classification de l'endométriose (tableau 2).

Elle prenait alors en compte les lésions péritonéales, les lésions ovariennes et les lésions adhérentielles, en les distinguant par leur caractère superficiel ou profond. Elle classait l'endométriose en 4 stades : l'endométriose minime, modérée, moyenne et profonde.

Endométriose	< 1cm	1 à 3 cm	>3cm
Péritonéale Superficielle Profonde.	1 2	2 4	4 6
Ovariennne droite Superficielle Profonde	1 4	2 16	4 20
Ovariennne gauche Superficielle Profonde	1 4	2 16	4 20
Oblitération du cul de sac postérieur	Partielle Score 4	complète Score 40	
Adhérences par rapport à la Circonférence	<1/3	1/3 à 2/3	>2/3
Ovariennes droites Transparentes opaques	1 4	2 8	4 16
Ovariennes gauches Transparente Opaques	1 4	2 8	4 16
Tubaires droites Transparentes Opaques	1 4	2 8	4 16
Tubaires gauches Transparentes Opaques	1 4	2 8	4 16

Stade 1 (minime):1-5.

Stade 2 (modéré):6-15.

Stade 3 (moyen):16-40.

Stade 4 (sévère): >40.

Tableau 2 : classification internationale de l'endométriose selon l'American Fertility Society.

La classification AFS est largement révisée en 1985 et modestement en 2006, elle prend alors le nom de classification ASRM (en raison du changement de nom de la société qui s'appelle désormais American Society for Reproductive Medicine).

La critique principale de la classification ASRM est qu'elle est fondée uniquement sur la distribution anatomique. Le volume des lésions profondes n'est pas évoqué et leur extension est mal détaillée.

2.6. Manifestations cliniques

L'endométriose peut être asymptomatique. Mais le plus souvent elle est responsable de douleurs et d'une infertilité.

Endométriose douloureuse

L'endométriose profonde est la forme la plus symptomatique de l'endométriose et la plus douloureuse et est associée à une altération de la qualité de vie d'une part, et une infertilité d'autre part.

Douleur et altération de la qualité de vie.

L'endométriose associe des plaintes dont leur recrudescence menstruelle permet le diagnostic.

Symptômes faisant évoquer le diagnostic d'endométriose profonde.

Les symptômes mécaniques sont liés à l'infiltration des nerfs de l'espace sous-péritonéal par l'endométriose profonde.

- Douleurs pelviennes chroniques. Certains incluent sous ce terme les dysménorrhées et les dyspareunies profondes. Elles sont présentes dans 44% des endométrioses profondes.
- Dysurie fait suspecter une atteinte de la vessie. Elle est également le plus souvent cyclique et peut être associée à une pollakiurie, des impériosités, une hématurie et des douleurs sus-pubiennes.
- Dysménorrhées. Cette douleur survenant pendant et en fin de règles s'aggrave progressivement, mais elle n'est pas spécifique de l'endométriose. Elle est associée à une atteinte des ligaments utéro-sacrés. Elle est souvent responsable d'absentéisme professionnel. Ce symptôme a été pris en compte par l'agence française de sécurité sanitaire comme étant un des plus sévères et de ce fait un critère de traitement.
- Dyspareunies profondes. Cette douleur habituellement située au fond du vagin et en arrière, est majorée juste avant les règles.

Symptômes spécifiques de l'endométriose digestive

Les symptômes associés à l'endométriose digestive sont peu spécifiques et le retard diagnostique est fréquent :

- Symptômes rectaux de type épreinte, ténesme et faux besoin dans 70% des cas.
- Dyschésie (douleur à la défécation) dans 63% des cas
- Rectorragies cataméniales dans 33% des cas
- Asthénie dans 30% des cas
- Douleurs lombaires dans 26% des cas
- Crampes abdominales et douleurs liées au transit dans 26% des cas
- Diarrhée et/ou constipation dans 15% des cas

L'endométriose digestive découverte fortuitement

Plusieurs cas ont été découverts après une occlusion intestinale aigüe, une appendicite ou une hémorragie digestive. Le tableau d'occlusion digestive est décrit dans 5,8 à 11,6% des cas.

Découverte fortuite devant une hydronéphrose

L'infiltration urétérale endométriosique responsable d'urétérohydronéphrose signe une atteinte pelvienne sévère et est donc fréquemment associée à des lésions digestives. L'atteinte urétérale n'est jamais isolée à l'inverse de l'endométriose vésicale.

Endométriose et infertilité

Chez les femmes infertiles, on retrouve la présence d'endométriose dans environ 30% des cas. Dans le cas des endométrioses sévères le taux de grossesse à un an est de 3% contre 17 à 22% dans les endométrioses légères ou modérés et 80% dans la population générale.

Beaucoup de patientes infertiles n'ont aucun signe clinique d'endométriose et c'est la pratique du bilan d'infertilité voire d'une coelioscopie qui fait découvrir la maladie endométriosique.

Il existe plusieurs facteurs impliqués pouvant expliquer la baisse de la fertilité chez les patientes atteintes d'endométriose :

- Atteinte mécanique. Les lésions endométriosiques intra-péritonéales peuvent être à l'origine de modifications anatomiques telles que l'altération tubaire secondaire à l'inflammation chronique ou la présence d'adhérences annexielles (24).
- Atteinte de la réserve ovarienne : capacité à ovuler évalué au mieux par le compte des follicules antraux à l'échographie pelvienne et par le dosage de l'hormone anti-müllérienne (AMH).
- Atteinte de la folliculogénèse : caractérisée par les altérations de qualité des ovocytes expliquant le taux plus faible de fécondation et surtout d'embryons de bonne qualité.
- Altération du processus d'implantation dont les mécanismes sont multiples et impliqueraient les molécules d'adhésion.
- Effet « anti-sperme » particulièrement controversé.
- Mauvaise qualité embryonnaire

2.7. Recommandations du Collège National des Gynécologue et Obstétriciens Français (CNGOF).

Face aux difficultés diagnostiques de l'endométriose, le CNGOF a tenté d'apporter des réponses simples à la problématique de l'endométriose. Dans ce chapitre nous résumerons les propositions du CNGOF. A chaque item est associé un niveau de preuve selon la classification internationale et en accord avec la Haute Autorité de Santé (HAS). Le niveau de preuve 1(NP1) correspond au plus élevé que nous puissions trouver correspondant à des données obtenues par des essais randomisés ou des méta-analyses.

Quels sont les signes fonctionnels évocateurs d'endométriose ?

Les lésions d'endométriose peuvent être responsables de symptômes douloureux divers (NP1). Le caractère cyclique des symptômes est évocateur d'endométriose (NP2), mais aucun symptôme douloureux (dysménorrhée, dyspareunie, etc) n'est spécifique de cette affection (NP2). Le délai entre le début des symptômes et le diagnostic est de plusieurs années (NP3). L'existence d'une symptomatologie douloureuse pelvienne sévère et persistante doit conduire à rechercher la maladie (grade C). Cette recommandation reste vraie chez des femmes infertiles (grade C).

Dans l'endométriose douloureuse, il existe une certaine corrélation entre la sémiologie des douleurs et les caractéristiques des lésions d'endométriose (localisation, infiltration en profondeur, adhérences) (NP2). L'analyse sémiologique des symptômes douloureux est recommandée pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'endométriose douloureuse (grade C).

Intérêt de l'examen physique pelvien

L'examen physique pelvien a un intérêt pour le diagnostic de lésions d'endométriose sous-péritonéale profonde ou de kystes endométriosiques (NP3). Cet examen peut être normal (NP3). Sa pertinence est meilleure en période menstruelle (NP3). L'examen de l'aire rétrocervicale au spéculum, par le toucher vaginal et éventuellement le toucher rectal est recommandé (grade C).

Les échelles d'intensité subjective (échelle visuelle analogique, échelle numérique ou verbale simple, échelles multidimensionnelles) sont utiles pour évaluer la sévérité des symptômes douloureux en pré- et post-thérapeutique (grade B).

Quel bilan biologique et par imagerie prescrire ?

Le CA 125 peut être élevé dans l'endométriose (NP2), mais son dosage plasmatique à visée diagnostique et pronostique n'est pas recommandé (grade A).

Tous les examens d'imagerie nécessitent des opérateurs entraînés à l'endométriose (accord professionnel).

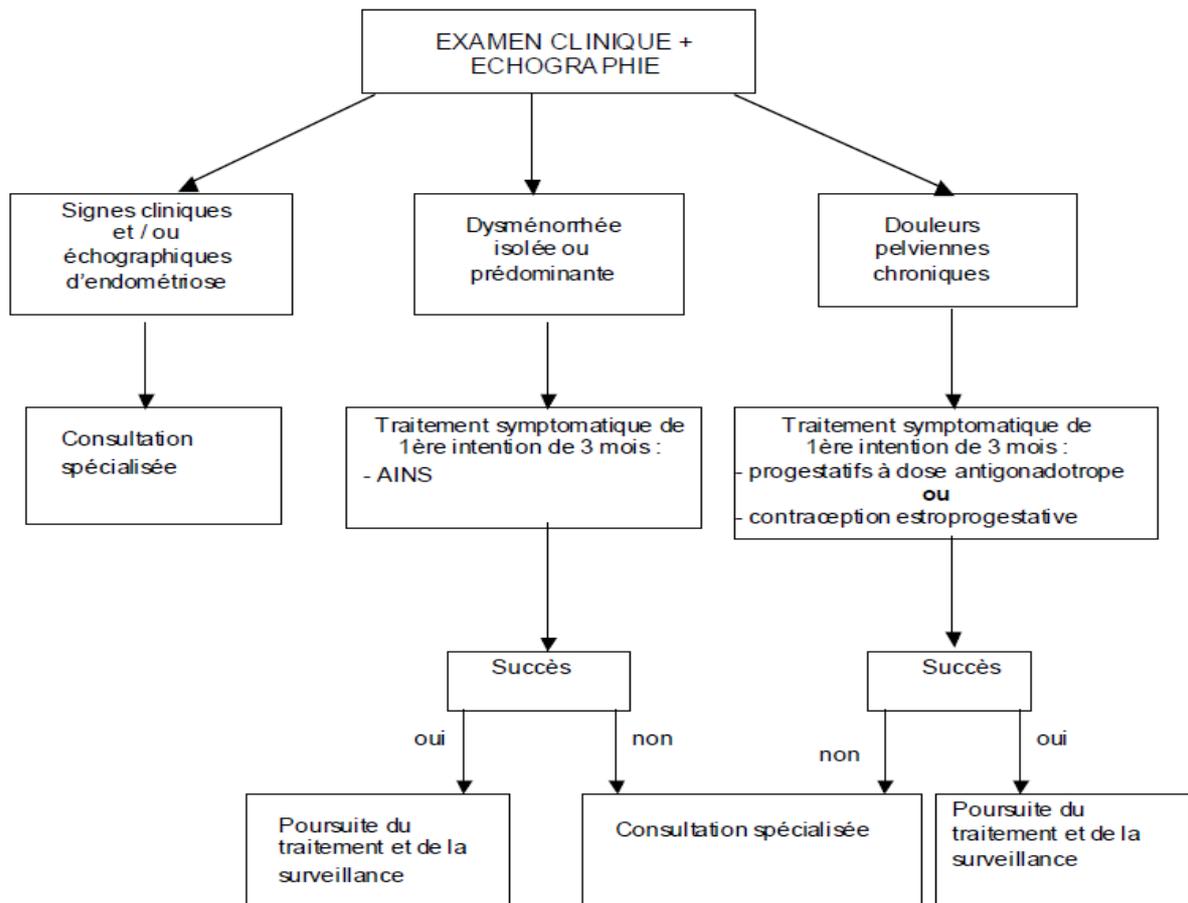
L'échographie pelvienne par voie endovaginale est fiable (NP2) et le plus souvent suffisante pour affirmer ou exclure le diagnostic de kyste endométriosique de l'ovaire (grade B). L'échographie pelvienne par voie endovaginale doit aussi s'attacher à explorer l'espace situé en avant de l'utérus et l'aire rétrocervicale (accord professionnel).

L'IRM permet de réaliser une cartographie des lésions d'endométriose sous-péritonéale profonde (NP2). Elle peut donc être prescrite dans le cadre du bilan préopératoire, mais elle n'est pas recommandée à titre systématique (accord professionnel). L'IRM peut être utilisée en cas de suspicion clinique d'endométriose sous-péritonéale profonde (grade B). L'IRM n'est pas recommandée pour le diagnostic des endométriomes en dehors de situations particulières (accord professionnel).

L'écho-endoscopie rectale est intéressante en préopératoire dans le cas d'un nodule d'endométriose sous-péritonéale profonde du septum recto-vaginal pour évaluer l'infiltration de la musculature rectale en préopératoire (grade B).

Traitement de l'endométriose :

Comme nous l'avons souligné précédemment le traitement médical doit être privilégié. Un algorithme thérapeutique a été proposé (tableau 3). Il est principalement basé sur la présence d'une dysménorrhée.



Le traitement chirurgical est réservé aux formes cliniques résistantes au traitement médical. Schématiquement les lésions péritonéales superficielles sont traitées surtout chez les femmes infertiles. Les endométriomes de plus de 3 ou 4 cm relève d'un traitement chirurgical comportant une kystectomie. Les patientes doivent être informées de la possibilité d'une altération de la réserve ovarienne. Pour l'endométriose profonde symptomatique le traitement est chirurgical comportant l'ablation de l'ensemble des lésions. Les patientes doivent être informées de certaines complications spécifiques notamment du risque de dysurie.

3. Patientes et méthodes

3.1. Objectifs

Cette étude a été menée afin d'apporter des éléments de réponse sur l'intérêt des manipulations ostéopathiques pelviennes sur la qualité de vie de patientes porteuses d'une endométriose profonde avec une atteinte digestive correspondant à la forme la plus sévère de cette pathologie. Toutes les patientes ont eu un examen clinique par un chirurgien référent expert en endométriose. Toutes les patientes ont eu une exploration radiologique pour confirmer le diagnostic d'endométriose digestive comportant une échographie endo-vaginale, une IRM pelvienne et pour celles devant bénéficier d'une chirurgie d'une écho-endoscopie rectale.

Le critère principal est l'évaluation de l'amélioration des scores de la qualité de vie par le questionnaire SF36.

Toutes les patientes doivent remplir avant la consultation d'ostéopathie le questionnaire de qualité de vie. A distance de la manipulation ostéopathique, les mêmes questionnaires devaient être remplis.

3.2. Critère d'inclusion

Le diagnostic d'endométriose profonde aura été préalablement fait par l'examen clinique, l'échographie pelvienne, et une IRM.

Les patientes ayant déjà eu une chirurgie pour une endométriose profonde et ayant eu une récurrence ne seront pas exclues.

Les patientes n'ayant pas eu de coelioscopie pour confirmer l'endométriose profonde ne seront pas exclues car les examens complémentaires ont une grande spécificité pour le diagnostic d'endométriose profonde avec atteinte digestive.

Les patientes ayant déjà eu un traitement médical ne seront pas exclues ce qui permettra d'évaluer l'effet additionnel du traitement des manipulations ostéopathiques au traitement médical.

Les patientes seront âgées de plus de 18 ans et seront non ménopausées.

Les patientes ayant eu une hystérectomie avec conservation des ovaires pourront être incluses.

Les patientes auront toutes une affiliation à la sécurité sociale. Toutes les patientes devront savoir écrire, lire, et comprendre le français.

3.3. Critère d'exclusion

Les patientes de moins de 18 ans et les patientes ménopausées ne seront pas incluses.

Les patientes ayant eu une hystérectomie avec une annexectomie bilatérale seront exclues.

Les patientes ne parlant pas ou n'écrivant pas ou ne sachant lire le français seront exclues.

Les patientes non affiliées à la caisse sécurité sociale.

Les patientes refusant un consentement oral pour participer à l'étude.

3.4. Données épidémiologiques

Nous allons étudier l'âge des patientes, leur index de poids corporel (body mass index = poids divisé par la taille au carré), leur parité et leur gestité.

Evaluation de la qualité de vie a été faite à l'aide du questionnaire SF-36 (tableau 4).

La qualité de vie était évaluée par le questionnaire SF36 qui comporte 8 items dont 4 pour évaluer le retentissement physique (PCS = Physical Component Score) et 4 autres pour évaluer le retentissement psychologique et émotionnel (MCS = Mental Component Score).

Les 8 items du SF-36 sont

- activité physique (fonctionnement) (PF physical functioning)
- limitations (du rôle) liées à la santé physique (RP rôle physical)
- douleur physique (BP bodily pain)
- santé générale (GH general health)
- vitalité (énergie/ fatigue) (VT vitality)
- fonctionnement ou bien-être social (SF social functioning)
- limitations (du rôle) liées à la santé mentale (RE rôle emotional)
- santé mentale (MH mental health)

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

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

Tableau 4 : questionnaire SF-36 version française validée

COMMENT REpondre : Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

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

(Entourez la réponse de votre choix)

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

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

(Entourez la réponse de votre choix)

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

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

(Entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

LISTE D'ACTIVITES	Oui, beaucoup limité(e)	oui, un peu limité(e)	non, pas du tout limité(e)
a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3
b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
c. Soulever et porter les courses	1	2	3
d. Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
e. Monter un étage par l'escalier	1	2	3
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
g. Marcher plus d'un km à pied	1	2	3
h. Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
i. Marcher une centaine de mètres	1	2	3
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

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

(Entourez une seule réponse par ligne)

	Oui	Non
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaitées ?	1	2
c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	1	2
d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire) ?	1	2

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

(Entourez une seule réponse par ligne)

	Oui	Non
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaitées ?	1	2
c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	1	2

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

(Entourez la réponse de votre choix)

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

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?

(Entourez la réponse de votre choix)

- Nulle..... 1
- Très faible 2
- Faible..... 3
- Moyenne 4
- Grande..... 5
- Très grande..... 6

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

(Entourez la réponse de votre choix)

- Pas du tout..... 1
- Un petit peu..... 2
- Moyennement 3

- Beaucoup.....4
- Enormément5

9. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes sentie au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

(Entourez une seule réponse par ligne)

	en permanence	très souvent	Souvent	quelque fois	raremen t	jamais
a. Vous vous êtes sentie dynamique ?	1	2	3	4	5	6
b. Vous vous êtes sentie très nerveuse ?	1	2	3	4	5	6
c. Vous vous êtes sentie si découragée que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	1	2	3	4	5	6
d. Vous vous êtes sentie calme et détendue ?	1	2	3	4	5	6
e. Vous vous êtes sentie débordante d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
f. Vous vous êtes sentie triste et abattue?	1	2	3	4	5	6
g. Vous vous êtes sentie épuisée ?	1	2	3	4	5	6
h. Vous vous êtes sentie heureuse ?	1	2	3	4	5	6
i. Vous vous êtes sentie fatiguée ?	1	2	3	4	5	6

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

(Entourez la réponse de votre choix)

- En permanence..... 1
- Une bonne partie du temps 2
- De temps en temps 3
- Rarement 4
- Jamais..... 5

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

(Entourez une seule réponse par ligne)

	totalem vraie	plutôt vraie	je ne sais pas	plutôt fausse	totalem fausse
a. Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
d. Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5

Les patientes seront également interrogées sur le désir de grossesse. En cas d'infertilité, sa durée et le recours à des techniques de médecine de la reproduction seront prise en compte.

La notion d'un traitement médical bloquant la fonction ovarienne sera mise en évidence en précisant si oestro-progestatif, progestatif, anti-inflammatoires non stéroïdien, les analogue de la Gn-RH. Mais également, nous préciserons les antécédents médicaux et chirurgicaux.

Le mode et la survenue d'une grossesse, spontanée ou après techniques d'AMP (assistance médical à procréation).

3.5. Procédure ostéopathie

Déroulement de la séance et description des techniques.

La séance dure 45 minutes.

1 Mobilisation de l'utérus en décubitus dorsal en utilisant les jambes comme bras de levier selon BARRAL :

Position de départ : la patiente est couchée sur le dos, jambes fléchies. Le thérapeute se tient debout latéralement à la patiente, au niveau de son bassin.

Début du traitement : le thérapeute pose sa main craniale de manière à atteindre le fond utérin ou le ligament large controlatérale, tandis que la main caudale maintient les jambes de la patiente.

Traitement : la main craniale mobilise l'utérus en direction médiale et le fixe une fois arrivée en bout de course, tandis que l'autre main éloigne les jambes de la patiente jusqu'à ce que l'étirement se transmette à l'utérus.

2 Test et traitement de la motilité du péritoine selon BARRAL :

Position de départ : le patient est couché sur le dos, jambes tendues. Le thérapeute se tient debout latéralement au patient.

Départ du test : le thérapeute pose ses deux mains sur l'abdomen du patient, de part et d'autre de la ligne médiane, doigts écartés. Ils n'exercent aucunes pressions. En l'absence de troubles, il peut percevoir le mouvement de supination imprimé à ses mains.

Déroulement du test : le thérapeute cherche à ressentir le mouvement de la motilité afin de juger de l'amplitude et de la direction de l'inspiration et de l'expiration ainsi que du rythme du mouvement dans son ensemble. En cas de perturbation de l'un ou de l'autre de ces aspects de la motilité, ou a fortiori des deux, il convient de traiter.

Traitement : la motilité se traite indirectement. Le thérapeute suit le mouvement non restreint jusqu'au still point, s'arrête pendant plusieurs cycles, puis suit le mouvement restreint jusqu'au nouveau still point. Il peut essayer d'augmenter l'amplitude du mouvement libre (induction). Pour finir, il aura soin de vérifier si le mouvement le plus pauvre s'est

amélioré. La manœuvre doit être répétée jusqu'à ce que la motilité soit retrouvée ses valeurs normales en termes de rythmes, de direction et d'amplitude.

3 Normalisation du caecum :

Patient : décubitus dorsal, on fait basculer ses membres inférieurs vers la gauche.

Praticien : face au sujet.

Main gauche : sur l'hémi thorax droit du patient, elle ouvre les cotes en les poussant en arrière sur le temps inspiratoire.

Main droite : pulpe des doigts dirigée vers le caecum versant interne, elle réalise une poussée vibrée en direction de l'EIAS sur le temps expiratoire.

4 Normalisation du colon ascendant :

Même positionnement du patient que la technique précédente.

Praticien : idem

Main gauche : partie postéro-latérale du flanc droit, elle ramène le flanc droit vers l'avant sur le temps expiratoire.

Main droite : sur l'hémithorax droit du patient, elle pousse les cotes vers l'arrière sur le temps expiratoire.

5 Normalisation du méso colon transverse :

Patient : décubitus dorsal

Praticien : latéral au sujet

Main gauche : sur l'angle colique droit (k10 D)

Main droite : sur l'angle colique gauche (k8 G)

Normalisation : déplacer le colon transverse suivant un mouvement de translation D-G et G-D répété sur les temps expiratoire

6 Normalisation du colon descendant :

Praticien : homolatéral au colon à traiter

Patient : décubitus de confort

Main droite : saisit l'angle colique gauche qu'elle pousse vers le HT /AR/DH sur le temps expiratoire

Main gauche : saisit à quatre doigts le sigmoïde en se calant dans sa boucle, qu'elle pousse vers le bas sur temps expiratoire

7 Libération de la racine du méso sigmoïde :

Patient : décubitus dorsal de confort

Praticien : à la gauche du sujet

Main gauche et main droite : dans la boucle du sigmoïde

Normalisation : amener le sigmoïde vers le HT sur l'inspiration, et vers le BS sur l'expiration

8 Technique indirecte en lumbar roll de L1 et L2 avec la postériorité sur la table :

Mise en place des leviers : - traction dans l'axe du membre inférieur reposant sur la table ;

- main céphalique vient palper le processus épineux de la vertèbre sous-jacente, tandis que la main caudale amène un paramètre de flexion par le membre inférieur reposant sur la table puis un paramètre de rotation par le membre du dessus en effectuant une triple flexion de celui-ci jusqu'à sentir le mouvement du processus épineux ;

- la main caudale vient remplacer la main céphalique pour palper le processus épineux de la vertèbre à normaliser, tandis que la main céphalique saisit le membre supérieur reposant sur la table pour amener un paramètre de flexion puis de rotation jusqu'à sentir le mouvement du processus épineux de la vertèbre à normaliser.

- praticien demande au patient de poser les avant-bras sur le thorax et de se tenir les poignets.

- praticien place son avant-bras céphalique sur le grill costal du patient

- praticien roule globalement le patient vers lui de façon à positionner les facettes articulaires dans un plan horizontal et positionne son centre de gravité au-dessus de la dysfonction et fait corps avec le patient.
- il resserre les avant-bras afin d'induire une inclinaison controlatérale à la facette en convergence ainsi qu'une force de compression afin d'ouvrir la facette en dysfonction.
- le trust s'effectue en rotation de façon vélocité sans perdre les paramètres introduits, par un body drop permis par la flexion des genoux simultanée à la contraction des grands pectoraux du praticien.

3.6. Recueil des données

L'ensemble des données sera recueilli pour les données épidémiologiques et les données du questionnaire sur un fichier Excel pour permettre l'analyse statistique.

3.7. Analyse statistique

L'analyse statistique utilisée est univariée : les logiciels utilisés pour la réalisation des statistiques est Microsoft Excel pour Windows et le logiciel de Statview.

Les variables individuelles ont été décrites et exprimées grâce aux fréquences en pourcentage et en mesure de moyennes.

Nous avons également utilisé le test de Wilcoxon et test Anova apparié afin d'apprécier la différence de qualité de vie avant et après la séance d'ostéopathie. L'analyse statistique a été faite en collaboration avec le Pr Daraï.

Les données sont présentées soit en pourcentage, soit en moyenne +/- écart-type. Une valeur de P inférieure à 0,05 sera en faveur du caractère significatif.

4. Résultats

Vingt-huit patientes présentant une endométriose profonde avec atteinte digestive ont été invité à participer à notre étude pilote évaluant l'intérêt de la manipulation ostéopathique pelvienne dans le traitement de la douleur associée à l'endométriose.

Parmi les vingt-huit patientes sollicitées seule vingt sont venue consulter en ostéopathie (71%). Ces 20 patientes correspondent à notre population de l'étude.

Les caractéristiques épidémiologiques des 20 patientes sont rapportées dans le tableau 5.

Parmi les 20 patientes, 6 avaient des antécédents médicaux correspondant à un reflux gastro-oesophagien dans 2 cas et un accident vasculaire cérébral d'origine inconnue (1 cas), une hypothyroïdie (1 cas), une hypertension artérielle (1 cas) et une maladie de Crohn (1 cas).

Parmi les 20 patientes, 14 avaient des antécédents de chirurgie dont 7 pour une endométriose déjà opérée pour endométriome (4 cas), résection rectale (2 cas) et salpingectomie (1 cas).

Parmi les 5 patientes qui ont eu une grossesse, 4 ont été spontanée et une obtenue après fécondation in vitro.

La majorité des patientes avaient un traitement médical pour l'endométriose principalement des progestatifs en continu ou des analogues de la GnRH suivi d'un traitement par progestatifs.

Tableau 5 : Caractéristiques épidémiologiques des patientes ayant accepté de participer à l'étude.

Caractéristiques	Patientes	Pourcentage
Age (année) (moyenne, écart-type)	30,4 (22-39)	
IMC (kg/m ²)	21,4 (16,3-25,2)	
Antécédent médical	6	30%
Antécédent chirurgical	14	70%

Antécédent chirurgical pour endométriose	7	35%
Nullipare	15	75%
Traitement médical	15	75%
Progestatifs	6	
Analogues GnRH	6	
Morphine	1	

Résultats de l'évaluation de la qualité de vie avant et après consultation d'ostéopathie.

Les valeurs des différents items du SF-36 sont rapportées dans le tableau 6. Il convient de souligner que parmi les patientes ayant remplis le questionnaire pré ostéopathique seule 15 ont répondu au questionnaire après la séance d'ostéopathie malgré plusieurs appels téléphoniques pour les solliciter.

Tableau 6: Valeurs des différents items du SF-36 avant et après la séance d'ostéopathie

Item SF-36	Valeur pré séance d'ostéopathie (moyenne et écart type)	Valeur post séance d'ostéopathie (moyenne et écart type)	P
PF	67,2 ± 29,4	79,2 ± 18,7	0,05
RP	25,0 ± 35,3	34,6 ± 37,5	0,5
BP	37,1 ± 21,7	62,9 ± 28,8	0,004
GH	38,1 ± 15,8	62,9 ± 28,8	0,02
PCS	41,4 ± 19,2	56,2 ± 20,9	0,03
VT	33,5 ± 18,4	48,8 ± 19,9	0,001

SF	33,6 ± 15,7	63,2 ± 19,9	<0,0001
RE	26,4 ± 33,2	46,0 ± 44,1	0,1
MH	34,0 ± 17,6	60,9 ± 21,3	0,0006
MCS	31,5 ± 17,5	54,5 ± 21,6	0,0009

Le délai moyen de remplissage des 2 questionnaires était de 24 jours (extrêmes 15 et 53 jours). 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. La répartition des PCS et MCS pré et post opératoires pour les 15 patientes ayant à la fois répondu aux questionnaires SF-36 en pré et post consultations d'ostéopathie sont rapportés dans les figures 7 et 8

Parmi les 15 patientes ayant répondu aux 2 questionnaires pré et post séance d'ostéopathie, 12 ont été améliorées (80%) et 3 patientes non pas été améliorées. En intention de traiter, sur 20 patientes, 8 doivent être considérées comme non améliorée ce qui fait que le taux d'amélioration est de 60%.

Figure 7 : Histogramme des PCS pré et post séance d'ostéopathie pour 15 patientes

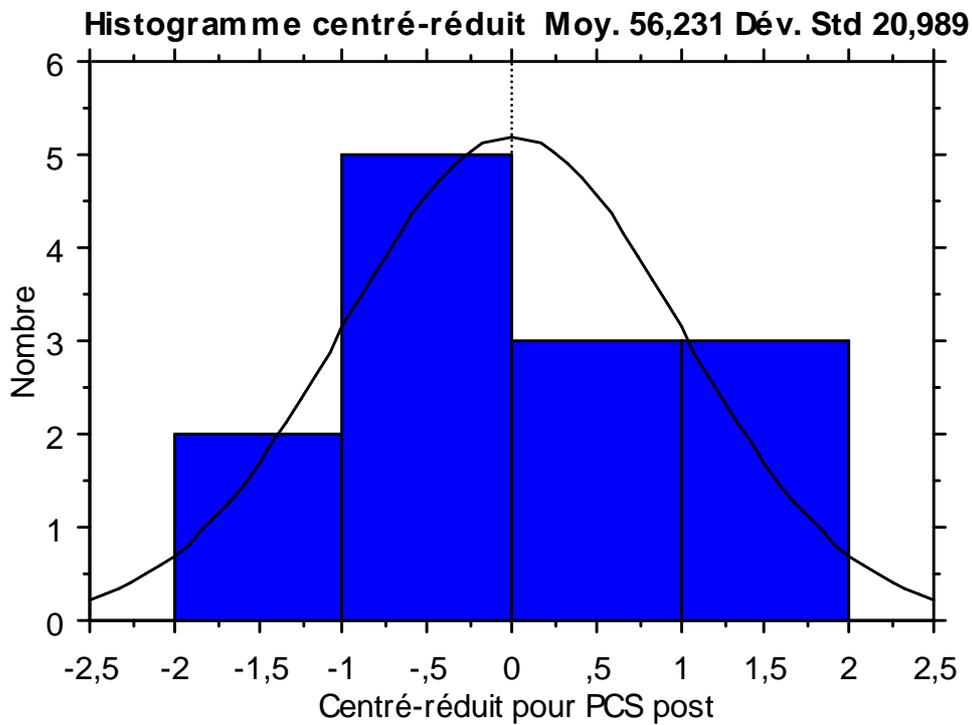
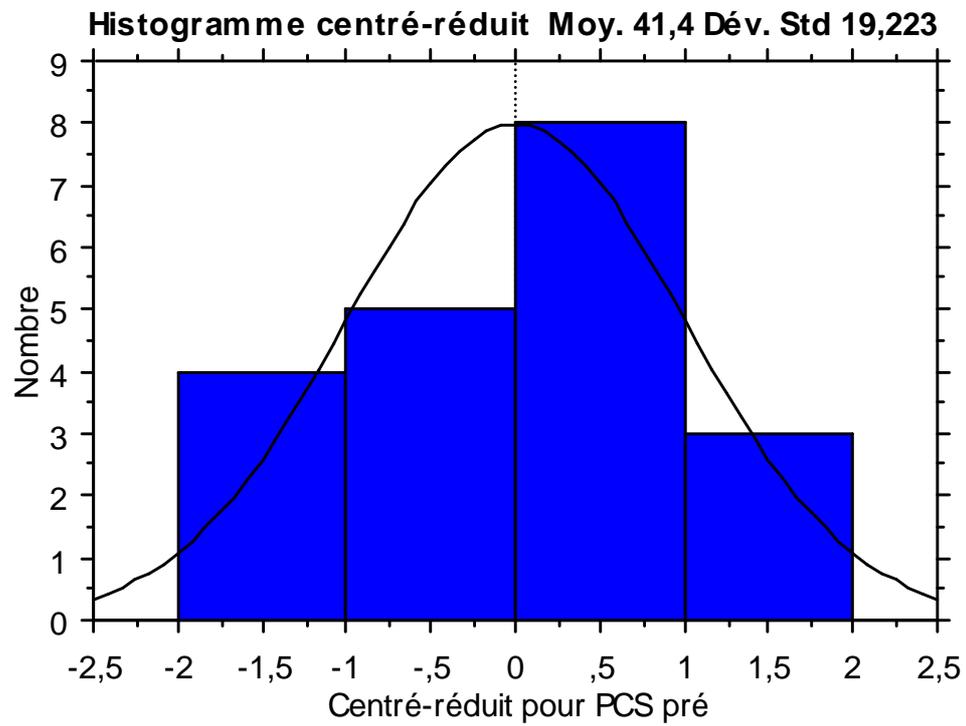
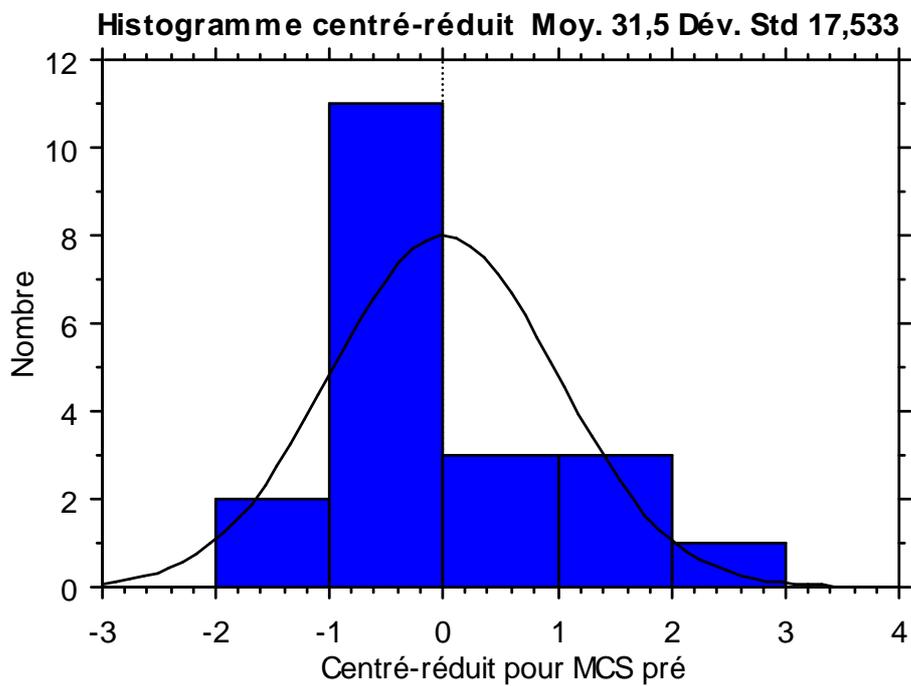
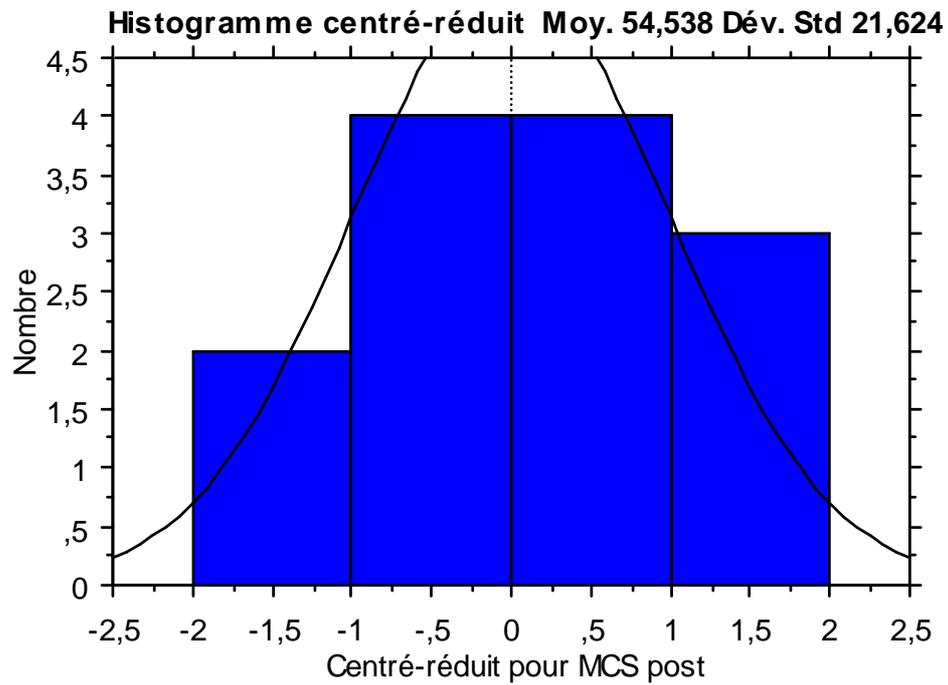


Figure 8 : Histogramme des MCS pré et post séance d'ostéopathie pour 15 patientes



5. Discussion et perspectives

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

En premier lieu, il convient de souligner que parmi les 28 patientes invitées à participer à cette étude pilote et qui avaient pris initialement un rendez-vous pour une consultation ostéopathique, seules 70% sont effectivement venues à la consultation. Ceci peut s'expliquer par différents paramètres dont les réticences des patientes concernant l'efficacité de l'ostéopathie. Ce taux de 30% est tout à fait en accord avec les études évaluant des techniques chirurgicales de refus de participer à l'étude est estimé entre 20 et 30%. Une autre explication peut être en rapport avec la crainte de voir augmenter la douleur par la manipulation ostéopathique. Ce dernier paramètre ne peut pas être évalué.

Parmi les 20 patientes ayant acceptées de participer à notre étude pilote, seules 15 patientes ont remplies les questionnaires de qualité de vie en pré et post consultation d'ostéopathie. Ce chiffre est particulièrement important car il nous permet d'évaluer le nombre de patientes à inclure en tenant compte d'un taux de protocole complet de 75% (taux de perdu de vue (drop out)). Le taux de perte de vue de 25% de notre étude pilote est également tout à fait en accord avec d'autres essais thérapeutiques.

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. Bien que 75% de nos patientes avaient un traitement médical, toutes étaient symptomatiques soulignant l'inefficacité relative des thérapeutiques médicales actuellement disponibles. De plus 35% de nos patientes avaient déjà eu une chirurgie pour l'endométriose soulignant soit le caractère incomplet de celle-ci soit le risque élevé du taux de récurrence pouvant atteindre plus de 33%. Ce taux de récurrence 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.

Le taux de succès pour les patientes ayant rempli les 2 questionnaires est important de 80% contre 60% si l'on prend en compte les patientes n'ayant pas répondu au questionnaire post séance d'ostéopathie. Ces résultats sont encourageants permettant d'envisager une étude

plus importante. Les facteurs d'échecs doivent être analysés. Bien que le PCS soit amélioré ce qui correspond à la composant physique, c'est avant tout le MCS qui est très amélioré. Ceci laisse penser que c'est avant tout la prise en charge des patientes qui impacte sur la qualité de vie. Nous devons de ce fait nous poser la question sur l'efficacité des techniques de manipulation utilisées dans cette étude. S'agit-il des meilleures techniques adaptées à ce type de pathologie ? Nous pourrions améliorer nos résultats en augmentant les manipulations ostéopathiques périnéales. D'autres problèmes concernent le délai entre les 2 remplissages des questionnaires. Ce délai est en moyenne de 24 jours ce qui ne permet pas de savoir si a manipulation ostéopathique est efficace à moyen terme. Cependant ces délais sont tout à fait comparables à d'autres études ayant évalué l'intérêt de l'acupuncture dans les douleurs pelviennes associées à l'endométriose. A notre connaissance, 50 essais ont été publiés sur l'intérêt de l'acupuncture dans les douleurs pelvi-périnéales, seuls 16 essais étaient de méthodologie adéquate. Sur ces 16 essais, 3 montraient l'efficacité de l'acupuncture, 12 l'absence d'efficacité et un essai rapportait une aggravation des symptômes.

Dans notre étude en prenant en compte seulement l'amélioration du PCS, au moins 44 patientes dans chaque groupe seraient nécessaires pour démontrer l'efficacité des manipulations ostéopathiques dans les douleurs de l'endométriose avec un risque α de 0,05 et une puissance $1-\beta$ de 0,9. Il faut également tenir compte du nombre de perdu de vue correspondant à 25% ce qui imposerait des populations de 55 patientes dans chaque groupe.

6. Conclusion

Notre étude pilote a permis de démontrer l'efficacité des manipulations ostéopathiques sur l'amélioration de la qualité de vie des patientes présentant une endométriose profonde avec atteinte digestives.

Cette étude préliminaire nous a permis de souligner la nécessité d'un essai randomisé pour définitivement prouver l'efficacité des manipulations ostéopathiques. Un essai incluant au minimum 44 patientes dans chaque groupe serait nécessaire pour prouver définitivement l'efficacité des manipulations ostéopathiques dans les douleurs pelviennes associées à l'endométriose.

7. Bibliographie

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. Whiteman MK, Kuklina E, Jamieson DJ, Hillis SD, Marchbanks PA.
2. 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.
3. Cramer DW, Missmer SA. The epidemiology of endometriosis. Ann N Y Acad Sci. 2002 Mar;955:11-22; discussion 34-6, 396-406.
4. 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.
5. Jenkins S, Olive DL, Haney AF. Endometriosis: pathogenetic implications of the anatomic distribution. Obstet Gynecol. 1986 Mar;67(3):335-8.
6. Fertil Steril. 2008 Aug;90(2):247-57. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.02.093. Pathogenic mechanisms in endometriosis-associated infertility. Gupta S, Goldberg JM, Aziz N, Goldberg E, Krajcir N, Agarwal A.
7. 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.
8. 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.

9. Fertil Steril. 1992 Aug;58(2):290-5. The natural killer activity of peritoneal fluid lymphocytes is decreased in women with endometriosis. Oosterlynck DJ, Meuleman C, Waer M, Vandeputte M, Koninckx PR.
10. Fertil Steril. 2008 Aug;90(2):247-57. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.02.093. Pathogenic mechanisms in endometriosis-associated infertility. Gupta S, Goldberg JM, Aziz N, Goldberg E, Krajcir N, Agarwal A.
11. 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.
12. 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.
13. Fertil Steril. 2004 Jun;81(6):1513-21. Evaluation of risk factors associated with endometriosis. Hemmings R, Rivard M, Olive DL, Poliquin-Fleury J, Gagné D, Hugo P, Gosselin D.
14. Am J Epidemiol. 1986 Nov;124(5):762-7. Endometriosis in Lebanon. A case-control study. Makhlouf Obermeyer C, Armenian HK, Azoury R.
15. JAMA. 1986 Apr 11;255(14):1904-8. The relation of endometriosis to menstrual characteristics, smoking, and exercise. Cramer DW, Wilson E, Stillman RJ, Berger MJ, Belisle S, Schiff I, Albrecht B, Gibson M, Stadel BV, Schoenbaum SC.
16. Sangi-Haghpeykar H, Poindexter AN 3rd. Epidemiology of endometriosis among parous women. Obstet Gynecol. 1995 Jun;85(6):983-92. Review.
17. 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.
18. Epidemiology. 1993 Mar;4(2):135-42. Menstrual cycle characteristics and the risk of endometriosis. Darrow SL, Vena JE, Batt RE, Zielezny MA, Michalek AM, Selman S.

19. 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.
20. Koninckx PR, Barlow D, Kennedy S. Implantation versus infiltration: the Sampson versus the endometriotic disease theory. Gynecol Obstet Invest. 1999;47 Suppl 1:3-9
21. Environ Health Perspect. 1995 Oct;103 Suppl 7:151-6. Immunoresponsiveness in endometriosis: implications of estrogenic toxicants. Rier SE, Martin DC, Bowman RE, Becker JL.
22. 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.
23. Reddy BS, Rozati R, Reddy BV, Raman NV. Association of phthalate esters with endometriosis in Indian women. BJOG. 2006 May;113(5):515-20
24. Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. Obstet Gynecol Surv. 1993 Jun;48(6):357-87.
25. Obstet Gynecol. 1996 Mar;87(3):321-7. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF.
26. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. Br J Gen Pract. 2001 Jul;51(468):541-7.
27. 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.

RESUME

L'endométriose est une pathologie fréquente affectant 10 A 15% de la population féminine. Elle est une cause de douleur et d'infertilité. Parmi les formes cliniques de l'endométriose, l'endométriose digestive est une des formes les plus sévères. Le traitement médical est souvent inefficace, imposant des chirurgies lourdes et mutilantes. Des alternative thérapeutiques ont été proposé mais à notre connaissance aucune étude n'à évaluer l'intérêt des manipulations ostéopathiques. De ce fait, le but de notre étude a été d'évaluer l'intérêt des manipulations pelviennes ostéopathiques dans l'amélioration de la qualité de vie. Toutes les patientes ont remplies un questionnaire de qualité de vie avant et après les manipulations ostéopathiques. Parmi les 28 patientes invitées à participer à l'étude, seules 20 ont eu une séance d'ostéopathie, 15 de ces 20 patientes ont rempli le questionnaire en pré et post séance d'ostéopathie.

Nos résultats montrent que la qualité de vie de patientes évaluées à l'aide du questionnaire SF-36 est améliorée par les manipulations ostéopathiques avec un taux de succès de 80 % et un taux de 60% en intention de traitement. Les résultats de cette étude pilote nous permettent de souligner l'efficacité des manipulations ostéopathiques sur l'amélioration de la qualité de vie des patientes ayant une endométriose digestive. Ces résultats nous permettent de calculer les effectifs nécessaires pour un effet randomisé évaluant l'efficacité des manipulations ostéopathiques qui imposeraient au moins 44 patientes dans chaque groupe.

Les mots clés sont endométriose, endométriose rectale, ostéopathie, qualité de vie, SF-36.

ABSTRACT

Endometriosis is a frequent pathology affecting 10 to 15% of the female population. It is a cause of pain and infertility. Among the clinical forms of endometriosis, bowel endometriosis is one of the most severe forms. The medical care is often ineffective imposing heavy and mutilating surgery. No alternative therapeutic has been published to our knowledges evaluating the interest of osteopathic handling. Therefore, the goal of our study was to evaluate the interest of osteopathic pelvic handling in the improvement of quality of life. All the patients filled the SF-36 quality of life questionnaire before and after osteopathic handling. Among the 28 patients invited to participate to the study, only 20 underwent osteopathic handling, 15 of these 20 patients filled the quality of life questionnaire before and after osteopathy handling.

Our results showed that the quality of life of patients was improved by osteopathic handling with a success rate of 80% for the 15 patients and a success rate of 60% in intention to treat. The results of our study underlined the effectiveness of osteopathic handling on the improvement of the quality of life of patients with bowel endometriosis. These results enable us to evaluate power calculation for a randomized trial evaluating the effectiveness of osteopathic handling; it would impose at least 44 patients in each group.

Key words: endometriosis, bowel endometriosis, colorectal endometriosis, osteopathy, quality of life, SF-36.

