

Traitement du syndrome du côlon irritable: l'impact de la microkinésithérapie

Daniel Grosjean¹ / Patrice Benini³ / Pierre Carayon²

¹ Centre de formation à la Microkinesithérapie CFM, Pont à Mousson, France

² Services de Gastroentérologie, d'Oncologie et d'Endocrinologie Moléculaires, de Chirurgie Viscérale et Vasculaire, CHU Besançon, Besançon, France

³ Association Centre de Diffusion de la Microkinésithérapie ACDM, 78 Rue de Pont à Mousson 57950 Montigny les Metz, France, E-mail: Patrice.benini@wanadoo.fr

Résumé

Contexte: Le syndrome du côlon irritable (SCI) présente une pathologie complexe, une prévalence élevée et un impact important sur la qualité de vie des patients. Comme la thérapie conventionnelle n'apporte souvent que des résultats insatisfaisants, une approche plus holistique peut être souhaitable. L'étude actuelle a évalué l'effet de la microkinésithérapie sur la sévérité des symptômes du SCI.

Méthodes: Dans cette étude en double aveugle, 61 patients récurrents du SCI ont été randomisés pour recevoir deux séances d'un traitement de microkinésithérapie ou d'un traitement simulé de microkinésithérapie. Les critères d'inclusion étaient la présence de ≥ 1 symptôme SCI de douleurs abdominales, constipation, diarrhée ou ballonnements. Les critères d'exclusion étaient une chirurgie intestinale majeure antérieure et la présence de maladies chroniques. L'âge moyen du patient était de $53,5 \pm 15,3$ ans. La microkinésithérapie consistait en un examen micro-palpatoire pour identifier les lésions ostéopathiques, suivi d'un micro-massage pour stimuler l'auto-guérison.

Le groupe témoin a subi une procédure simulée.

La présence et la gravité des symptômes ont été évaluées lors du suivi par un même gastro-entérologue au départ de l'étude et 1 mois après les séances.

Résultats:

Deux patients n'ont pas terminé l'étude.

Il y a une différence significative entre le pourcentage de patients qui s'est amélioré après la première séance, à 74% pour le groupe de microkinésithérapie et à 38% pour le groupe placebo ($p = 0,005$). Après la deuxième séance, l'amélioration initiale a été maintenue dans les deux groupes, bien que sans plus de gains, et les différences entre les groupes d'étude sont demeurées significatives ($p = 0,007$).

Conclusions: La microkinésithérapie améliore considérablement les symptômes du SCI et devrait être explorée plus avant pour une utilisation dans les soins de santé traditionnels.

Mots-clés: médecine intégrative, syndrome du côlon irritable, essai contrôlé randomisé

DOI: 10.1515 / jcim-2015-0044

Reçu le 22 juin 2015; Accepté: le 24 février 2017

Introduction

Le syndrome du côlon irritable (SCI) est un trouble commun et complexe qui a un impact important sur la vie des patients. On estime que le SCI affecte jusqu'à 25% de la population en Europe et aux États-Unis [1-3], avec une prévalence plus élevée chez les femmes et chez les plus jeunes [4, 5]. Le profil des symptômes varie selon les patients mais se caractérise par une douleur ou une gêne abdominale chronique, accompagnée d'un désordre des habitudes intestinales et d'une hypersensibilité viscérale [6]. Le SCI a un impact significatif sur la qualité de vie des patients [1, 7] et, en tant que tel, est associé à une utilisation considérable de soins de santé et d'absentéisme [8].

La pathogenèse du SCI est multifactorielle et n'est pas bien comprise jusqu'à présent. Les facteurs qui peuvent jouer un rôle dans la symptomatologie du SCI comprennent l'infection, l'inflammation, l'alimentation, le stress et les facteurs hormonaux [9, 10]. Cependant, il est de plus en plus reconnu que les voies neurophysiologiques et psychologiques complexes peuvent également être impliquées. Il est généralement admis qu'il existe un lien étroit entre le système nerveux entérique et le système nerveux central [11], avec des facteurs de stress physiques ou émotionnels pouvant causer des perturbations à tous les niveaux de l'axe cerveau-intestin [12]. De telles perturbations peuvent affecter la régulation de la perception viscérale et la réponse émotionnelle aux événements viscéraux [12]. La nature multifactorielle du SCI signifie qu'une variété d'approches différentes est utilisée pour son traitement, comprenant différents recours pharmacologiques, des thérapies psychiatriques, probiotiques et des antibiotiques, la thérapie diététique et la médecine alternative complémentaire (MAC) [13, 14].

Le traitement du SCI par la médecine conventionnelle mène souvent à des résultats insatisfaisants [15, 16]. L'utilisation de la MAC a une longue histoire en médecine interne avec une efficacité éprouvée [17] et a donc gagné en popularité parmi les professionnels de la santé et les patients [15, 18-20]. Pour le traitement du SCI, les MAC peuvent être divisées en quatre catégories: la réflexologie, les interventions psychologiques, les thérapies biologiques et les thérapies basées sur l'énergie. On estime qu'un tiers des patients atteints de SCI aux États-Unis utilisent les MAC [21]. En outre, Spanier et al. [20] a démontré qu'entre 11% et 43% des patients atteints de SCI ont obtenu des résultats relativement satisfaisants avec les MAC.

Shen et al. [19] a conclu que les MAC peuvent être recommandées dans le traitement du SCI dans le cadre d'une approche fondée sur la preuve (= evidence-based approach) et peut offrir un soulagement des symptômes satisfaisant.

Les pratiques manipulatoires et corporelles telles que la réflexologie, l'ostéopathie et la microkinésithérapie font partie d'une approche holistique du SCI, qui est pertinente par rapport au modèle biopsychosocial [22] pour l'étymologie du SCI. À ce jour, les études contrôlées rapportant les résultats de ces méthodes sont rares; Cependant, certaines études ont montré des résultats prometteurs. Une étude contrôlée randomisée par Hundscheid et al. [23] a indiqué que l'ostéopathie a obtenu de meilleurs scores concernant les symptômes et la qualité de vie chez les patients atteints de SCI que les soins standard, résultat qui a été reproduit par deux autres études, celles de Piche et al. [24] et celle de Florance et al. [25]. Par ailleurs, une revue systématique de Müller et al. [26] suggère que l'ostéopathie a permis une amélioration significative des symptômes du SCI par rapport au traitement par placebo ou aux soins standard.

La microkinésithérapie est une technique de physiothérapie manuelle basée sur le principe selon lequel le corps humain s'adapte, se défend et se guérit en réponse à des agressions traumatiques, émotionnelles, toxiques, infectieuses ou environnementales. Lorsqu'une agression est supérieure à la capacité d'un tissu à se défendre lui-même, la vitalité de ce tissu est altérée.

La microkinésithérapie cherche de telles altérations par une technique micro-palpatoire manuelle qui évalue la vitalité tissulaire.

Une stimulation manuelle est ensuite effectuée sur les tissus affectés pour stimuler l'auto-guérison et rétablir la fonction.

Comme pour l'ostéopathie, les principes théoriques de la microkinésithérapie se retrouvent dans l'embryologie humaine.

Ici, on estime que, comme les tissus musculaires et viscéraux dérivent des mêmes structures embryologiques, la lésion musculaire est toujours associée à une pathologie viscérale correspondante, et vice versa [27, 28].

La microkinésithérapie est une technique relativement nouvelle et, en tant que telle, il y a peu de données dans la littérature. Néanmoins, la microkinésithérapie a montré des effets positifs sur le syndrome d'algoneurodystrophie [29], sur des lombalgies [30] et sur la fibromyalgie [31].

Pour l'étude présente, nous avons examiné l'effet de la microkinésithérapie sur la prévalence et la gravité des symptômes cliniques du SCI.

Matériel et méthode

Cette étude en double aveugle, randomisée, contrôlée et ayant eu lieu dans un seul centre, a impliqué 61 patients (23 hommes et 38 femmes) avec des antécédents de symptômes récurrents de SCI qui ont été traités avec une thérapie conventionnelle mais avec des résultats insatisfaisants. L'âge moyen du patient était de $53,5 \pm 15,3$ ans. Les participants ont été répartis au hasard dans les groupes de l'étude par tirage au sort. Le groupe expérimental était composé de 31 patients, tandis que le groupe témoin comprenait 30 patients. Les caractéristiques de base de la population étudiée sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1: Caractéristiques de la population étudiée.

	Total	Groupe expérimental	Groupe témoin
n	61	31	30
Hommes	23	11	12
Femmes	38	20	18
Âge, années (moyenne \pm SD)	53.5 ± 15.3	51.5 ± 14.4	55.6 ± 16.2

n = toutes les valeurs, sauf indication contraire.

SD = écart-type.

Les critères d'inclusion étaient la présence d'un ou plusieurs symptômes de SCI : douleurs abdominales récurrentes, constipation récurrente, diarrhée récurrente ou ballonnements récurrents. Les patients devaient également ne pas avoir de lésions organiques, donnée vérifiée par un lavement de baryum avec examen radiologique et / ou colonoscopie totale, ainsi qu'une échographie de l'abdomen dans les cas de douleurs abdominales isolées. Les critères d'exclusion étaient les gonflements gastriques légers, les antécédents de chirurgie intestinale, comme la colectomie ou l'hémi-colectomie, et les maladies chroniques, comme le cancer.

L'étude a été validée par le comité d'éthique de l'institut et un consentement éclairé a été fourni par tous les participants.

Une histoire clinique a été recueillie et un examen clinique a été effectué pour tous les patients par un seul gastro-entérologue (PC). La symptomatologie du patient et les critères d'évaluation des résultats sont listés dans le tableau 2. Le groupe expérimental a ensuite subi deux séances de microkinésithérapie. Toutes les séances ont été menées par deux thérapeutes (DG et PB) et ont été effectuées en deux phases alors que le patient était en position couchée sur la table d'examen.

Au cours de la phase de diagnostic, un examen micro-palpatoire a été effectué pour identifier les lésions primaires et secondaires ostéopathiques. Le thérapeute a utilisé ses deux mains pour effectuer de petits mouvements de rapprochement et d'écartement dans différentes positions sur la zone intéressée. En fonction de la profondeur de la palpation et de son emplacement sur le corps, le thérapeute pouvait percevoir si le rythme vital des structures sous-jacentes était perturbé ou non.

Au cours de la phase thérapeutique, le thérapeute a stimulé les lésions avec un micro-massage, afin d'améliorer le processus d'auto-guérison pour restaurer le flux d'énergie naturel [27]. Chaque séance a duré en moyenne 30 minutes et était réalisée à 1 mois d'intervalle. Le groupe témoin a subi deux séances d'une microkinésithérapie simulée au cours de la même période, par le même thérapeute.

Concernant le traitement simulé, une phase diagnostique et thérapeutique a été imitée par un massage doux de la zone abdominale.

Tous les patients ont été réexaminés par le même gastro-entérologue un mois après chaque séance de thérapie. Les symptômes observés lors de l'examen initial ont été réévalués.

Tableau 2: Critères d'évaluation des résultats.

A. Symptômes signalés par le patient	Classification des résultats
1. Douleur abdominale	- Présent ou absent avant le traitement
2. Constipation	- Disparu ou amélioré après traitement = positif
3. Diarrhée	- aggravé, apparu ou stable après traitement = négatif
4. Gonflement	
5. Symptômes digestifs non intestinaux (nausées, lenteur digestive, halitose)	
B. Signes cliniques	Classification des résultats
1. Douleurs abdominales induites par palpation	- Présent ou absent avant le traitement
2. Colique	- Disparu ou amélioré après traitement = positif
3. Gommage Caecal	- aggravé, apparu ou stable après traitement = négatif
4. Distension abdominale, tympanisme	
5. Présence de sécrétions dans le rectum au toucher rectal	

Une amélioration a été définie comme la disparition du SCI ou une diminution de la gravité, alors qu'un résultat négatif a été défini comme un symptôme stable ou s'aggravant. Des différences de résultats entre le groupe expérimental et le groupe contrôle ont été testés en utilisant le test de Pearson χ^2 . Une différence significative a été définie comme $p < 0,05$.

Résultats

Sur les 61 patients inscrits, un membre du groupe témoin a quitté l'étude avant la première évaluation en raison de l'existence diagnostiquée d'un cancer. Un deuxième patient du groupe témoin avait quitté la région avant la deuxième évaluation.

Une différence significative d'amélioration ($p = 0,005$) a été observée entre les deux groupes après la première séance. Dans le groupe expérimental, une amélioration était présente pour 74% des patients après une séance de microkinésithérapie, comparativement à 38% des patients du groupe témoin.

Après la deuxième séance, l'amélioration initiale a été maintenue dans les deux groupes, sans plus de gains, et les différences entre les groupes d'étude restent significatives ($p = 0,007$). Aucun patient n'a connu une aggravation des symptômes cliniques (tableau 3).

Tableau 3: Résultats.

	Groupe expérimental	Groupe témoin	p
Après la première séance de traitement :			
Résultat amélioré (positif) :	23 (74.2)	11 (37.9)	
Pas d'effet (négatif) :	8 (25.8)	18 (62.1)	
Total :	31 (100)	29 (100)	0.005
Après la deuxième séance de traitement :			
Résultat amélioré (positif):	23 (74.2)	11 (39.3)	
Pas d'effet (négatif) :	8 (25.8)	17 (60.7)	
Total :	31 (100)	28 (100)	0.007

Discussion

Dans cette étude, nous avons démontré qu'une technique de microkinésithérapie améliorait les symptômes chez les patients atteints de SCI. Très peu de recherches sur les techniques de thérapie manuelle pour le traitement du SCI ont été publiées jusqu'ici, et nous croyons qu'il s'agit de la première étude aléatoire, en double aveugle, sur l'utilisation de la microkinésithérapie pour le traitement du SCI.

Quelques études publiées ont montré un effet bénéfique de l'ostéopathie par rapport à une thérapie placebo simulée ou un soin normal [23-26]. Les avantages des techniques manuelles pour le SCI s'expliquent par l'effet du massage des tissus mous sur le système nerveux autonome. Henley et al. [32] ont montré un effet clair du traitement ostéopathique sur le tonus sympathique, comme en témoignent les changements de la variabilité du rythme cardiaque. De même, Pinto Pereira et al. [31] a montré un effet significatif de la microkinésithérapie versus placebo sur l'activité sympathique chez les patients atteints de fibromyalgie.

La pathogenèse du SCI est multifactorielle et n'est pas encore entièrement expliquée, malgré la publication de nombreuses études. Néanmoins, des recherches récentes ont identifié une hypersensibilité viscérale liée au système nerveux autonome, défini comme une activité sympathique altérée, comme l'un des mécanismes sous-jacents de la pathogenèse du SCI [33].

L'effet bénéfique des techniques de thérapie manuelle s'explique également par la théorie d'une connexion fondamentale commune entre le SCI et l'embryologie [28]. Le mésoderme est l'une des trois couches germinales qui apparaissent dans la troisième

semaine de développement embryonnaire. Le mésoderme latéral se compose d'une couche externe, la somatopleure, qui se développe dans le système musculaire périphérique. La structure profonde, ou splanchnopleure, se développe dans le tissu musculaire lisse dans les organes; c'est-à-dire, les vaisseaux sanguins, le colon, les poumons, le cœur, etc.

Comme le système musculaire périphérique et organique provient des mêmes structures embryologiques, il est suggéré qu'il existe une interrelation possible au cours des états pathologiques. Durant un traitement en microkinésithérapie, le thérapeute cherche un déséquilibre entre ces tissus, qui se manifeste comme des changements dans la vitalité des tissus corporels. En stimulant le tissu affecté, l'équilibre est rétabli et la récupération est induite. La microkinésithérapie diffère fondamentalement de l'ostéopathie sur ce point. Bien que les deux soient des thérapies manuelles qui ont l'intention d'améliorer ou de restaurer les fonctions vitales, les ostéopathes visent à restaurer les fonctions vitales par la libération de tension ou de blocage, alors qu'en microkinésithérapie, le thérapeute vise à traiter les causes profondes des symptômes.

En plus de la régulation neuronale autonome altérée, les facteurs psychosociaux sont fortement liés à la fonction intestinale et la pathogenèse du SCI [34]. La modulation immunitaire psycho-neuro-endocrinienne à travers l'axe cerveau-intestin est considérée comme jouant un rôle clé dans la pathogenèse du SCI [35-38]. La communication bidirectionnelle dérégulée entre l'intestin, avec son système nerveux entérique, et le cerveau peut être un facteur important dans le développement de SCI [12, 35-37, 39, 40]. Par conséquent, un modèle pathophysiologique biopsychosocial [22] peut être considéré dans le traitement du SCI. Le développement du SCI s'explique donc par une interaction complexe et multifactorielle entre des interactions biologiques et psychosociales.

Ce concept holistique de la pathogenèse du SCI s'inscrit dans l'approche holistique inhérente aux techniques manuelles telles que la microkinésithérapie. En raison de l'impact potentiellement limité du traitement pharmacologique traditionnel dans le SCI par rapport au placebo et les difficultés à traiter cette maladie complexe [16, 19, 20, 41, 42], il existe un intérêt croissant des professionnels de la santé et des patients pour les thérapies alternatives.

Bien que nos résultats et ceux d'études antérieures aient indiqué que les techniques manuelles sont prometteuses pour le traitement du SCI [23] - [26], les mécanismes sous-jacents n'ont pas encore été pleinement élucidés. Des essais multicentriques randomisés contrôlés avec un temps de suivi plus long sont donc nécessaires pour mieux évaluer ces techniques et examiner leur rapport coût-efficacité [18, 43].

En raison du rôle important joué par les facteurs psychologiques dans le SCI, il est important d'analyser l'effet placebo [44]. Dans cette étude en double aveugle, une différence significative entre le groupe expérimental et le groupe témoin a été trouvée. De toute évidence, les résultats positifs dans le groupe expérimental sont une combinaison du traitement et d'un effet placebo. Il est bien connu que des effets non spécifiques peuvent produire des résultats statistiquement et cliniquement significatifs dans le traitement de SCI [44, 45]. Cependant, les effets placebo tendent à disparaître au fil du temps [46]. Bien que positif, l'effet de la microkinésithérapie dans notre étude a persisté après un intervalle de temps de 2 mois, des périodes de suivi plus longues sont nécessaires pour tenir compte de l'effet placebo [46].

En conclusion, la microkinésithérapie a un effet significatif sur les symptômes du SCI. Les techniques manuelles devraient donc être pris en compte pour les soins réguliers et

pour les rendre accessibles pour une population plus grande, et pour aller plus loin, des essais multicentriques seront nécessaires pour confirmer leur effet.