CONSERVATOIRE SUPÉRIEUR D'OSTÉOPATHIE PARIS

CONSERVATOIRE SUPERIEUR D'OSTEOPATHIE

RAPPORT ENTRE LE FILUM TERMINAL ET LE SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS

Proposition et évaluation d'un traitement ostéopathique spécifique

Mémoire rédigé et soutenu à Nanterre le 27 Juin 2019 en vue de l'obtention du diplôme d'ostéopathie

CONSERVATOIRE SUPERIEUR D'OSTEOPATHIE

RAPPORT ENTRE LE FILUM TERMINAL ET LE SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS

Proposition et évaluation d'un traitement ostéopathique spécifique

Réalisé par Blandine PRAT

Directeur de mémoire Éric PRAT

Mémoire rédigé et soutenu à Nanterre le 27 Juin 2019 en vue de l'obtention du diplôme d'ostéopathie

REMERCIEMENTS

A monsieur Éric PRAT, en tant que père et maitre de mémoire, qui a su me transmettre la passion de l'ostéopathie et m'aider dans la réalisation de ce mémoire.

Aux ostéopathes : Sophie NIKITINE, Olivier SAMSON, Pierre THIBAULT DE BEAUREGARD qui se sont investis dans cette étude et ont contribué à l'enrichissement du mémoire par leur apports de résultats.

A l'ensemble des patients qui ont participé au mémoire.

A toute l'équipe pédagogique du Conservatoire Supérieure d'Ostéopathie de Nanterre, pour l'enseignement prodigué pendant ces cinq ans.

A Virgile SERRAU, pour l'aide des calculs statistiques.

A mon cousin Thibault NOAILHAT et Hélène LOISELLE, pour l'aide à la traduction du résumé en anglais.

A ma mère, ma famille et mes amis, qui ont su m'épauler dans ce parcours.

A Quentin, pour son amour et soutien continu.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION 1
I.1. Le Syndrome des Jambes Sans Repos 1
I.2. Le filum terminal (FT) 3
I.3. Hypothèse 4
II. MATERIEL ET METHODE 5
II.1. Recrutement 5
II.2. Prise en charge ostéopathique 6
II.3. Outils d'évaluation et statistiques 9
II.4. Matériel 9
III. RESULTATS 10
III.1. Présentation de la population 10
III.2. Etude de la positivité du test du FT chez les personnes atteintes du SJSR comparée à une population non atteinte du SJSR 11
III.3. Observation de l'évolution du SJSR à la suite d'une prise en charge ostéopathique 12
IV. DISCUSSION 17
IV.1. Vérification de l'hypothèse 17
IV.2. Exemples de cas cliniques 20
IV.3. Biais de l'étude 22
V. CONCLUSION 24
BIBLIOGRAPHIE 26
TABLE DES ILLUSTRATIONS 29
ANNEXES 30

I. INTRODUCTION

I.1. Le Syndrome des Jambes Sans Repos

I.1.a) Le syndrome des Jambes sans Repos en quelques mots…

Le Syndrome des Jambes sans Repos (SJSR) à plusieurs appellations comme maladie de Willis-Ekbom ou encore paresthésie agitante nocturne des membres inférieurs.

Le SJSR est un trouble sensori-moteur chronique avec inconfort et/ou douleurs des jambes en période d'inactivité ou de sommeil. Il se caractérise par une envie irrésistible de bouger. Il est classé dans les troubles du sommeil [1].

On peut considérer le SJSR comme « anomalie neurologique » sans atteinte structurelle, circulatoire ou neurodégénérative. Les hypothèses étiologiques : carences en dopamine et/ou en fer sérique [2-10] sont controversées. Le SJSR peut être primaire ou parfois secondaire.

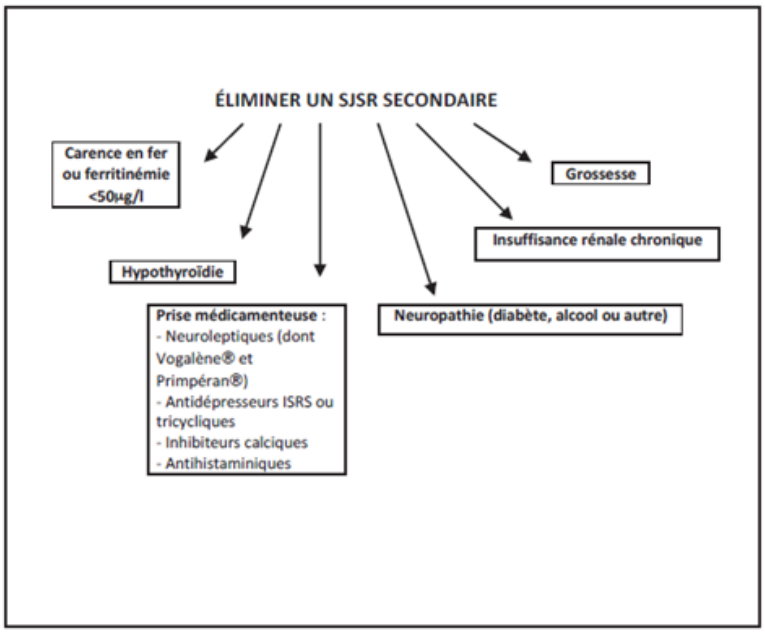


Figure 1 : SJSR secondaire possible [11]

Le SJSR touche 3,4 à 29% de la population [12,13] dans les pays occidentaux. Les enquêtes épidémiologiques montrent une prévalence de SJSR chez les femmes de 5,1 à 27,6% pour 1,6 à 20,2% chez les hommes [14,15]. A noter que 4,9% des moins de 18 ans présentent un SJSR [16].

Les malades qui consultent [17] le font pour troubles du sommeil (43%) ou inconfort dans les membres inférieurs (35%) ou les deux (55%) [18].

I.1.b) La seule enquête épidémiologique sur le SJSR en France montre : [19]

- 8,5% de personne atteintes ;
- 52,2% des personnes présentant une symptomatologie hebdomadaire ;
- 22,8% des personnes présentant une symptomatologie quotidienne ;
- 41% de cas familiaux ;
- 53% de personnes ayant consulté un médecin ;
- 5,3% des consultants seulement ayant reçu un diagnostic correct !?

I.1.c) Le Syndrome des Jambes Sans Repos (SJSR) est mal traité

Pour un SJSR primaire, seule la forme sévère (à très sévère) sera prise en charge médicalement (agoniste dopaminergiques). Si le SJSR est secondaire, il faudrait alors traiter la cause. Si cela s'avère insuffisant ou impossible, un traitement spécifique sera mis en place pour pallier aux symptômes [20]. Aucun médicament n'est remboursé pour le SJSR car leur efficacité est controversée.

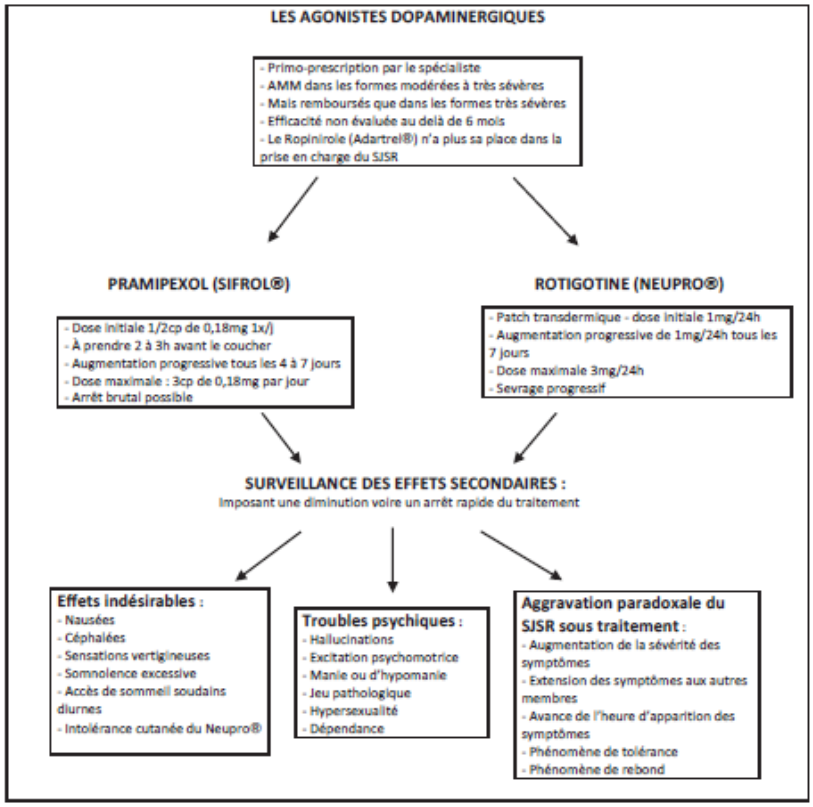


Figure 2 : Classification des agonistes dopaminergiques et de leur effets secondaires [11]

Les conseils hygiéno-diététiques ou les traitements alternatifs (homéopathie, phytothérapie, acupuncture) proposés gardent une portée limitée.

I.2. Le filum terminal (FT)

Le FT est une structure anatomique de 20 cm qui prolonge et fixe caudalement la moelle épinière au coccyx. C'est un point clé de nombreuses dysfonctions ostéopathiques [21].

Le FT est constitué de tissu nerveux et de tissu fibreux [22;23]. On distingue :

- la partie interne qui chemine librement dans sac de la dure-mère spinale (DMS) depuis le cône médullaire (L1-L2) jusqu'en S2 ;
- la partie externe qui perfore la DMS et, avec certaines de ses fibres, descend pour s'insérer sur le coccyx.

Au cours de l'embryogénèse, à partir du quatrième mois, le rachis grandit plus vite que la moelle épinière. C'est ainsi que le FT, qui reste attaché au coccyx, s'étire progressivement et qu'une Force de Traction Médullaire (FTM) se met en place.

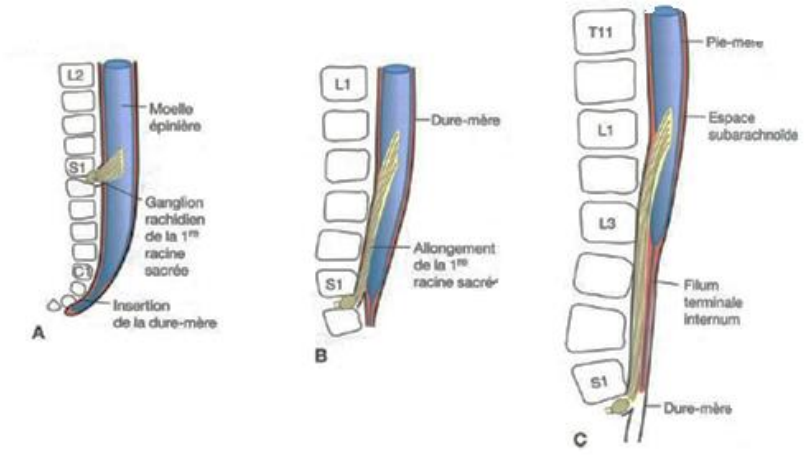


Figure 3: Rapport de la moelle épinière et de la colonne vertébrale à différents stades de développement chez l'homme [24]

A) Vers le troisième mois. B) A la fin du cinquième mois. C) Chez le nouveau-né.

I.3. Hypothèse

L'ostéopathie peut-elle apporter une solution thérapeutique au SJSR ?

Pour soutenir cette hypothèse, nous proposons ici :

- une cause « mécanique » possible du SJSR : un Filum Terminal (FT) trop tendu qui induit une Force de Traction Médullaire (FTM) excessive sur le cône médullaire ;
- un test ostéopathique pour évaluer la tension du FT ;
- Une correction ostéopathique spécifique du FT (si le test est positif) par recoil pour corriger la tension excessive et soulager ou guérir efficacement le SJSR.

L'examen et le traitement ostéopathiques proposés pour le FT sont basés sur le protocole du Lien Mécanique Ostéopathique (LMO - Méthode P.CHAUFFOUR & E.PRAT ®) [25]

II. MATERIEL ET METHODE

Notre hypothèse a été soumise à une expérimentation avec deux groupes sensiblement identiques (un groupe atteint du SJSR et l'autre non) afin de recenser la fréquence de lésion du FT (test FT positif) dans les deux groupes et de les comparer. Le groupe atteint du SJSR a reçu sur deux ou trois consultations un traitement général ostéopathique incluant un traitement spécifique du FT ainsi qu'une évaluation systématique des résultats obtenus sur le SJSR.

Dans cette étude clinique pluri-centrique, le recensement du test du FT dans le groupe sans SJSR a été fait en double aveugle comparé au groupe avec SJSR qui a été pris en charge sans-insu. L'étude s'est déroulée en France de juin 2018 à mars 2019 dans le cabinet d'ostéopathie respectif de chaque praticien :

- Éric PRAT D.O. à Moulins-sur-Allier (03) ;
- Olivier SAMSON D.O. à Pau (64) ;
- Sophie NIKITINE D.O. à Grenoble (38) ;
- Pierre THIBAULT DE BEAUREGARD D.O. à Nevers (58).

II.1. Recrutement

II.1.a) Méthode de recrutement des patients

Les patients du groupe atteint du SJSR ayant intégrés l'étude ont été recrutés :

- soit par des médecins ayant pris connaissance de l'étude ;
- soit dans la patientèle des ostéopathes respectifs avec des personnes qui consultent pour le SJSR ou, le plus souvent, venant pour d'autres motifs.

II.1.b) Critères d'inclusion

- être âgé de plus de 18ans ;
- répondre positivement aux quatre critères diagnostic du SJSR [Annexe I] ;

- donner son consentement de participation à l'étude [Annexe III] ;
- répondre à chaque début de consultation à l'Echelle Internationale de Sévérité du SJSR, en anglais *International RestLess Legs Syndrome Scale* (IRLS) [Annexe II] ;
- se présenter une deuxième fois (au minimum) entre J+15 et J+30 au cabinet où le patient a été pris en charge la première fois par l'ostéopathe.

II.1.c) Critères d'exclusion

- être âgé de moins de 18ans (pour cette catégorie de personnes, le test IRLS n'est pas très adapté) ;
- avoir répondu négativement à un ou plusieurs des quatre critères diagnostic du SJSR.

II.1.d) Groupe de comparaison: sujet non atteints de SJSR

Les personnes ont été recrutées de façon aléatoire dans un échantillon de patients qui :

- sont venues pour une première consultation au cabinet d'Éric PRAT D.O à la même période que le groupe du SJSR (de juillet 2018 à mars 2019) ;
- ne présentent pas de signes de SJSR ;
- sont âgées de plus de 18ans.

II.2. Prise en charge ostéopathique

II.2.a) Consultation classique en cabinet d'ostéopathie

Les patients ont été vus dans le cadre d'une consultation classique avec, le plus souvent, d'autres motifs de consultations que le SJSR. Chaque consultation a donné lieu aux honoraires habituels. Une deuxième séance d'ostéopathie a systématiquement été

programmée pour réévaluer le SJSR. Il a été préconisé pour certains patients une troisième consultation afin d'avoir un meilleur suivi de l'évolution des symptômes.

Lors du bilan ostéopathique, le praticien réalise une anamnèse suivie d'une prise en charge adaptée à chaque patient en tenant compte de l'ensemble des dysfonctions qu'il présente. Il n'y a donc pas de protocole de soins préétabli même si la correction du FT est systématiquement intégrée au traitement ostéopathique général.

II.2.b) Test de mise en tension du FT

Le praticien place son pouce dans le hiatus sacré, au niveau de la cinquième vertèbre sacrée, entre les deux cornes sacrées, et cherche à percevoir le FT. Le diamètre et la consistance du FT sont variables d'un patient à l'autre. Le praticien évalue l'élasticité du FT avec un test en traction caudale. Le test peut avoir une deuxième composante de translation gauche/droite pour évaluer une possible déviation du FT [Annexe IV] [26]

Trois réponses sont possibles :
1) la souplesse et l'élasticité des tissus qui témoignent d'un FT libre ;
2) la résistance modérée (lésion passive et peu signifiante du FT) ;
3) le blocage net et marqué (lésion active et signifiante du FT).

Ce test permet une évaluation rapide, simple et précise de l'état de tension du FT. Les tests de mise en tension comme celui proposé ici pour le FT se sont avérés objectifs, fiables, précis et reproductibles [27].

II.2.c) Hiérarchisation des lésions dans l'examen ostéopathique général : le test en balance inhibitrice

Le test en balance inhibitrice consiste à comparer deux lésions ostéopathiques afin de définir laquelle des deux se révèle la plus importante.

Pour ce faire, le praticien effectue une mise en tension légère et simultanée de deux fixations. Il se produit alors un phénomène : une des deux lésions se relâche sous la main tandis que, inversement, l'autre résiste. La lésion qui persiste est considérée comme dominante, celle qui se relâche comme secondaire. A l'issu d'un examen

complet, la lésion qui domine toutes les autres (celle qui présente le plus fort degré de fixation) est considérée comme primaire. Ce réflexe inhibiteur est un mécanisme physiologique constant et reproductible même si une explication scientifique reste encore à donner. Il faut aussi reconnaitre que si la réponse au test est toujours claire et immédiate, comme toute technique ostéopathique, cela demande un certain doigté et un peu d'expérience. A noter que, chez les patients porteurs d'un SJSR, la fixation du FT peut ne pas être forcément primaire.

II.2.d) Technique de correction ostéopathique employée : le recoil

Le mot recoil vient de l'anglais *recoil* signifiant rebond, retrait rapide. La technique du recoil est mal connue et le terme ne figure même pas au *Glossary of osteopathic terminology*, la nomenclature officielle de l'American *Association of Colleges of Osteopathic Medicine (AACOM)* qui définit toutes les techniques ostéopathiques. Nous savons aujourd'hui qu'A.T. Still utilisait parfois une technique dont la description correspondrait au recoil, technique reprise occasionnellement par quelques successeurs (A. Becker, R. Miller) mais finalement tombée dans l'oubli [28].

De son côté, le recoil que Paul Chauffour a développé dans les années 1970 est une technique structurelle douce que l'on peut décrire en 3 temps [26] :

- mise en tension avec recherche du point de résistance maximal ;
- impulsion vive, dynamique, directe mais sans poussée, contre la barrière tissulaire ;
- retrait immédiat des mains pour laisser agir l'impact.

Le recoil agit vraisemblablement au niveau des mécanorécepteurs dont les informations perturbées entretiennent la fixation des tissus. Le recoil s'applique sans restriction à toutes les structures du corps humain : os et articulations, viscères, artères, nerfs, etc.

Pour le traitement du FT, deux positions de corrections sont possibles :

- dans la même position que le test (patient assis légèrement penché vers l'avant)
- patient en décubitus ventral [Annexe V] [26]

II.3. Outils d'évaluation et statistiques

II.3.a) Critères d'évaluation

- les quatre critères de diagnostic du SJSR [Annexe I] ;
- IRLS [Annexe II] : dix questions sur le ressenti et la fréquence des crises ainsi que leur impact sur la qualité de vie du patient. Les réponses choisies par le patient se basent sur un barème de points (noté sur 40) pour évaluer la sévérité du syndrome. Le résultat de l'IRLS posé à chaque début de séance permet de suivre l'évolution du SJSR dans le temps.

II.3.b) Test Khi²

Le test Khi² a permis de comparer la fréquence de lésion du FT (test positif) chez les personnes atteintes du SJSR par rapport à une population non atteinte. Le seuil de signification a été établi à 5%.

II.3.c) Test t de Student

Le test t de Student a été utilisé pour suivre l'évolution du SJSR après le traitement ostéopathique. Nous avons comparé les différences dans la moyenne de l'IRLS avant et après le traitement ostéopathique. Le seuil de signification est établi à 5%.

Le premier groupe est l'IRLS 0, c'est-à-dire au moment T0 où les patients n'ont pas encore reçu de traitement ostéopathique.

Le second groupe est L'IRLS FIN, c'est-à-dire au moment de la dernière consultation ostéopathique. Certaines personnes ont été vues deux ou trois fois par souci pour un meilleur suivi des résultats, ce qui colle à la réalité d'un cabinet.

II.4. Matériel

Le matériel nécessaire est :

- une table d'ostéopathie avec un drap d'examen ;
- un dossier comprenant certaines informations relatives au patient, l'IRLS, un tableau à remplir pour les tests et le traitement ostéopathique ainsi que la fiche de consentement du patient.

III. RESULTATS

III.1. Présentation de la population

20 patients ont été recrutés dans chaque échantillon (avec SJSR et sans SJSR) : 5 hommes et 15 femmes pour le groupe avec SJSR et 6 hommes et 14 femmes pour le groupe sans SJSR. Les patients sont âgés de 26 à 85 ans (moyenne de 53 ans). Les deux groupes sont comparables en nombre et en moyenne d'âge (à l'exception du sexe pour un des individus).

Il n'y a pas eu de distinction de groupes selon les praticiens car la différence trop importante entre le nombre de patients de chaque groupe n'aurait pas permis les calculs statistiques :

- 17 patients pris en charge par Eric PRAT ;
- 1 patient pris en charge par Sophie NIKITINE ;
- 1 patient pris en charge par Oliver SAMSON ;
- 1 patient pris en charge par Pierre THIBAULT DE BEAUREGARD.

Même en faisant deux groupes, les patients pris en charge par Eric PRAT (groupe A) et les patients pris en charge par les 3 autres praticiens (groupe B), le faible chiffre du groupe B empêche d'appliquer un t de Student. Cependant on observe que les moyennes de différence (entre IRLS 0 et FIN) sont assez proches :

- groupe A : 18,7 ;
- groupe B : 12,7.

III.2. Etude de la positivité du test du FT chez les personnes atteintes du SJSR comparée à une population non atteinte du SJSR

Le test de Khi² a été utilisé pour établir un lien significatif entre les deux variables qualitatives : test du FT positif ou négatif chez les personnes atteintes ou non du SJSR.

Tableau I : groupe sans SJSR

N° patient	Sexe	Âge	FT
1	H	26	0
2	F	32	0
3	F	39	0
4	H	41	0
5	F	49	0
6	F	49	0
7	F	48	0
8	F	46	0
9	F	53	0
10	F	50	0
11	F	53	1
12	H	58	0
13	H	50	0
14	F	65	0
15	F	69	0
16	F	70	0
17	H	72	0
18	F	48	0
19	F	58	1
20	H	85	0
MOYENNE		**53,05**	
TOTAL			2

Tableau II: groupe avec SJSR

N° patient	Sexe	Âge	FT
1	F	58	1
2	F	56	1
3	F	44	1
4	F	58	1
5	F	62	1
6	F	42	1
7	F	39	1
8	F	73	1
9	H	56	1
10	H	26	1
11	F	48	1
12	F	60	1
13	H	76	1
14	F	47	1
15	F	39	1
16	F	45	1
17	H	45	1
18	F	59	1
19	F	55	1
20	H	81	1
MOYENNE		**53,45**	
TOTAL			20

Légende :

1 = test FT positif

0 = test FT négatif

Un tableau de croisement a été fait pour pouvoir comparer les deux groupes.

Tableau III : tableau de croisement des effectifs observés

GROUPE	FT OUI	FT NON	TOTAL
AVEC SJSR	20	0	20
SANS SJSR	2	18	20
TOTAL	22	18	40

Légende :

FT OUI = test du FT positif

FT NON = test du FT négatif

Le test du khi² met en évidence un lien significatif ($p < 0,001$) entre le syndrome du SJSR et la positivité du test du FT. Il apparaît qu'il existe une très forte probabilité de présenter un test FT positif lors de la présence d'un SJSR ($p < 0,001$).

III.3. Observation de l'évolution du SJSR à la suite d'une prise en charge ostéopathique

Tableau IV : IRLS avant/après prise en charge ostéopathique

N° Patient	IRLS 0	IRLS FIN	Différence
1	16	0	16
2	28	0	28
3	13	0	13
4	20	3	17
5	23	0	23
6	29	0	29
7	26	11	15
8	24	6	18
9	23	14	9
10	18	0	18
11	23	0	23
12	23	7	16
13	20	7	13
14	8	0	8
15	27	0	27
16	12	7	5
17	29	0	29
18	15	0	15
19	19	8	11
20	23	0	23
MOY	**20,95**	**3,15**	**17,8**

On remarque qu'aucun patient n'a eu son IRSSLG identique ou aggravé à la fin de la prise en charge ostéopathique. En terme de pourcentage, la différence entre IRLS 0 et IRLS FIN est de 85%

Le test de Student met en évidence une valeur moyenne d'IRLS significativement plus importante à T0 qu'à TFIN ($p < 0,001$).

Pour plus de lisibilité le groupe de départ a été séparé en 3 classes selon leurs niveaux d'atteinte du SJSR.

- sévère (21-30) : 11 patients sur 20 ;
- moyen (11-20) : huit patients sur 20 ;
- léger (3-10) : un patient sur 20.

A noter qu'il existe une autre classe dite très sévère (31-40), mais elle n'a été représentée par aucun patient dans cette étude.

La moyenne générale des IRLS 0 est de 20,95 ce qui, en arrondissant à l'unité, donne le nombre 21. Cette moyenne situe les patients de l'étude au niveau d'une atteinte sévère.

La moyenne générale des IRLS FIN est de 3,15 ce qui donne une cotation à un niveau léger, à la limite du nul. Une nouvelle classe est également apparue lors de l'IRLS FIN : nul (0). Elle regroupe les patients présentant au départ un SJSR puis plus aucun symptôme à l'issu du traitement ostéopathique. De ce fait, les personnes ne répondent plus aux 4 critères d'inclusion du SJSR.

En regroupant les patients selon la sévérité de leur SJSR au départ, nous évaluons l'évolution de chacun. Pour plus de lisibilité les résultats ont été exprimés en pourcentage. A noter que le groupe de sévérité dit léger n'est constitué que d'une seule personne.

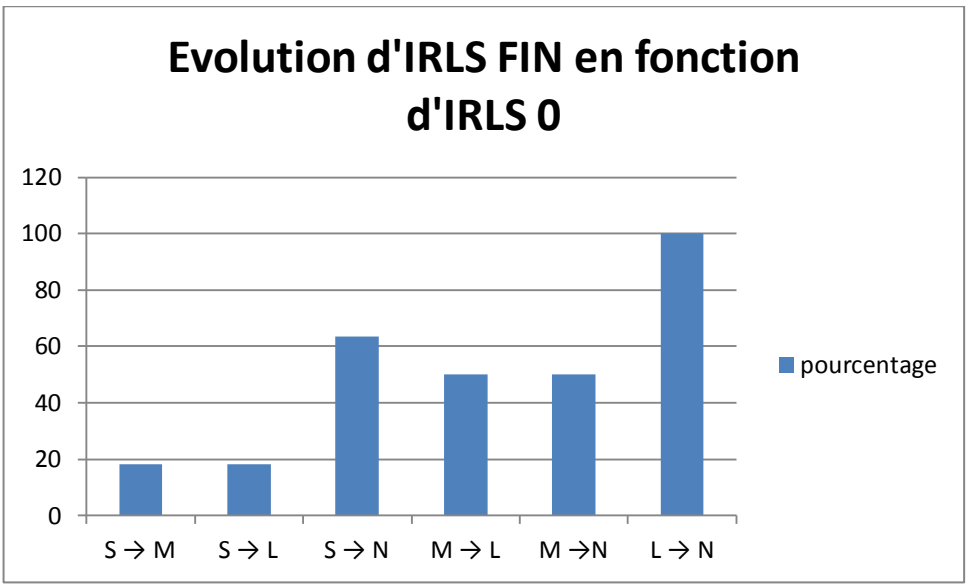


Figure 4 : Histogramme de l'évolution IRLS FIN en fonction de l'IRLS 0

Légende :

- S → M : d'un SJSR Sévère (T0) à Moyen (TFIN)
- S → L : d'un SJSR Sévère (T0) à Léger (TFIN)
- S → N : d'un SJSR Sévère (T0) à Nul (TFIN)
- M → L : d'un SJSR Moyen (T0) à Léger (TFIN)
- M → N : d'un SJSR Moyen (T0) à Nul (TFIN)
- L → N : d'un SJSR Léger (T0) à Nul (TFIN)

Il a été intéressant d'évaluer la différence d'efficacité du traitement ostéopathique selon ces différentes catégories. Le tableau suivant permettra d'évaluer le champ d'action sur les différents SJSR vu.

Tableau V : différences d'évolution des IRLS sévère et moyen

N° patient	Diff IRLS sévère	Diff IRLS moyen
1	28	16
2	23	13
3	23	18
4	29	13
5	15	5
6	18	15
7	9	11
8	23	17
9	16	
10	27	
11	29	
MOY	21,81818182	13,5

Le T de Student (non appareillé) met en évidence une valeur moyenne de différence IRLS sévère plus importante que celle de différence IRLS moyen ($p<0,01$)

La prise en charge ostéopathique ayant été de deux ou trois consultations, le tableau ci-dessous permet de suivre l'évolution du SJSR entre t0/t1 et t1/t2. Par ce tableau on cherche à savoir si une deuxième séance d'ostéopathie est nécessaire pour avoir un réel impact sur le SJSR ou bien si, dès la première consultation, nous pouvons obtenir des résultats concluants.

Tableau VI: différence entre t0/t1 et t1/t2

N° de patient	diff entre t0 et t1	diff entre t1 et t2
1	16	10
2	28	11
3	3	11
4	6	11
5	23	14
6	29	1
7	4	23
8	7	5
9	18	9
10	9	0
11	16	
12	12	
13	11	
14	8	
15	4	
16	0	
17	20	
18	15	
19	11	
20	23	
MOY	**13,15**	**9,5**

Le t de Student met en évidence que les deux moyennes ne sont pas significativement différentes ($p>0,1$).

Tableau VII: évolution des IRLS à chaque consultation

IRLS 0	IRLS 1	IRLS 2
16	0	
28	0	
13	10	0
20	14	3
23	0	
29	0	
26	22	11
24	17	6
23	14	
18	0	
23	14	0
23	7	
20	8	7
8	0	
27	23	0
12	12	7
29	9	0
15	0	
19	8	
23	0	0

Légende :

IRLS 0 : IRLS pris à T0 (avant prise en charge ostéopathique)

IRLS 1 : IRLS pris à T1 (avant la 2ème consultation)

IRLS 2 : IRLS pris à T2 (avant la 3ème consultation)

SJSR Sévère (21-30)
SJSR Moyen (11-20)
SJSR Léger (3-10)
SJSR Nul (0)

En suivant l'évolution des IRLS selon les différents temps de la prise en charge ostéopathique, on peut remarquer que :

- cinq patients n'ont pas eu leur niveau de sévérité changé entre IRLS 0 et IRLS 1 ;
- ces cinq mêmes patients qui sont tous revenus pour une troisième consultation ont vu leur niveau de sévérité changer à l'IRLS 2 ;

- une personne a connu une stabilisation de son niveau de SJSR entre l'IRLS 1 et l'IRLS 2, conservant ainsi, sans amélioration supplémentaire, le gain acquis entre l'IRLS 0 et l'IRLS 1.

IV. DISCUSSION

IV.1. Vérification de l'hypothèse

IV.1.a) Positivité du test du FT

Avec les calculs recensés dans la partie résultats, on retrouve une forte corrélation entre un FT en lésion ostéopathique (test de mise en tension positif) et un SJSR. Dans le groupe étudié, 100% des personnes atteintes du SJSR présentaient un test du FT positif. Dans le groupe de comparaison, une population similaire non atteinte du SJSR, prise dans la patientèle courante du cabinet, on trouve 10% de test du FT positif. Cette différence a été confirmée par le test de Khi². Le test du FT peut être positif dans d'autres affections courantes que le SJSR : céphalées, scoliose, énurésie, lombalgies, sciatique, etc. D'après l'expérience clinique des praticiens du LMO, la correction du FT, lorsque le test est positif, donne ainsi d'excellents résultats dans nombre d'affections rebelles au traitement ostéopathique classique.

IV.1.b) Résultat de la prise en charge ostéopathique

La prise en charge ostéopathique agit favorablement quelle que soit la sévérité rencontrée du SJSR. Au final, l'amélioration moyenne du SJSR pour l'ensemble du groupe a été de 85% (différence entre IRLS 0 et IRLS FIN). Rappelons que les formes les plus sévères n'ayant pas été rencontrées, l'efficacité de l'ostéopathie sur celles-ci reste à démontrer. A noter que les personnes ayant un SJSR sévère ont eu un meilleur résultat que les personnes ayant un SJSR moyen. Peut-on dire que, dû au fait que les symptômes étant plus forts, cela a laissé une marge plus importante de rétablissement ?

Quoi qu'il en soit, nous constatons que tous les patients sans exception ont été notablement améliorés à l'issue du traitement ostéopathique et en seulement 2 ou 3 consultations. Dès la première consultation, les résultats sont concluants. Les résultats obtenus vont du soulagement partiel à la disparition complète des crises du SJSR. A ce jour, avec plusieurs mois de recul, il n'y a pas eu de récidive.

IV.1.c) Observations de l'échantillon étudié

La population étudiée était majoritairement à un niveau sévère du SJSR (11 patients à 21 ou plus pour l'IRLS), ce qui donne une moyenne d'IRLS de niveau sévère. Il y a une nette prévalence de femmes dans notre échantillon clinique. Même si la patientèle d'un cabinet ostéopathique est aussi plus souvent féminine, cela corrobore avec les enquêtes épidémiologiques que nous avons précédemment citées. Aucun des patients ne prenait de médicaments contre le SJSR. Il n'y a donc pas eu d'interférences médicamenteuses. Il serait intéressant de savoir si, par ailleurs, des patients recevant un traitement médical pour le SJSR pourraient également être améliorés par la prise en charge ostéopathique proposée dans ce mémoire ? Si les résultats étaient concluants, cela permettrait de réduire la posologie du médicament, permettant ainsi d'éviter/réduire les effets secondaires indésirables de ce dernier. L'ostéopathie pourrait ainsi se positionner comme une alternative efficace et non iatrogène aux médicaments contre le SJSR.

Dans notre échantillon, il a été retrouvé des formes familiales, d'autres avec des pathologies associées (neuropathie dégénérative, Guillain-Barré) ou des antécédents traumatiques (chute sur le coccyx). Le début des crises datait pour certains patients de plus 15ans, voire de l'adolescence. Nous n'avons pas cherché à catégoriser les différentes formes (primaire ou secondaire) de SJSR pour quantifier les différences d'amélioration. Cependant, au vu des résultats homogènes obtenus, nous pouvons constater que, suite aux séances d'ostéopathie, il y a toujours eu une amélioration notable quelles que soient les formes retrouvées lors de l'étude.

IV.1.d) Importance de la globalité corrélé à la spécificité du FT

L'intérêt et l'efficience de l'ostéopathie réside dans le concept de globalité : le corps est un tout. La majorité des patients venaient pour d'autres motifs de consultations que le

SJSR, car comme évoqué dans l'introduction, c'est une maladie dont les patients ne parlent pas. Dans le protocole de traitement, toutes les lésions ostéopathiques dominantes retrouvées lors de la séance ont été prises en charge. Les autres motifs de consultations ont été en général solutionnés en même temps que le SJSR. L'ostéopathe, avec le traitement proposé ici, peut donc gérer en même temps les différents motifs de consultation du patient et la problématique du SJSR. Il n'y a pas besoin de mettre en place une « séance spécifique » pour le SJSR.

Dans la hiérarchie des lésions ostéopathique à traiter le FT n'a pas toujours été retrouvé primaire au test en balance. Cela souligne la possibilité de différents schémas lésionnels qui nécessitent un traitement global pour avoir un résultat optimum. Même si la correction du FT s'avère bien une clé dans la résolution du SJSR, elle n'est pas substituable à un traitement ostéopathique global.

Il est normal d'avoir un suivi de patient avec plusieurs consultations au vu des autres motifs de consultations. Dans la majorité des cas, dès la première consultation, il y a un effet tellement considérable sur le SJSR que naturellement l'amélioration en deuxième séance n'a pas été aussi importante que la première. Cinq patients ont « stationné » en terme de sévérité du SJSR après la première séance. Dans ce cas, la deuxième séance a permis une amélioration conséquente (changement de sévérité).

IV.1.e) SJSR et FT dans le contexte ostéopathique

Ce mémoire permet, en s'adressant aux ostéopathes, de mettre l'accent sur une maladie relativement fréquente mais non évoquée par le patient lors de sa consultation : le SJSR. En tant que thérapeute de première intention, l'ostéopathe se doit d'évaluer un possible SJSR. Si la problématique n'est pas évoquée lors de l'anamnèse, l'intégration du test du FT dans la routine de test ostéopathique permet souvent de suspecter, lorsque le test positif, un possible SJSR (ou d'autres affections potentiellement liées à un FT trop tendu).

L'hypothèse qu'un FT trop tendu pourrait entrainer une FTM est une constatation anatomique. Il est même actuellement possible de visualiser un FT trop épais ou trop tendu par IRM [Annexe VI]. Cette notion de FTM, avec le FT comme substrat anatomique, devrait trouver sa place dans l'enseignement ostéopathique en général et le concept cranio-sacré en particulier.

IV.2. Exemples de cas cliniques

Nous exposons ici quelques cas particuliers pour illustrer les données précédentes et souligner certains points.

IV.2.a) Traitement global sans traitement du FT positif

Il a été expérimenté sur une patiente un traitement ostéopathique global (sans le FT retrouvé positif au test) afin voir le résultat sur le SJSR. Ce traitement a permis d'améliorer les autres motifs de consultations (lombalgies, cervicalgies et épicondylite) mais n'a eu aucun impact sur le SJSR (stagnation de l'IRLS à 12). A la deuxième consultation, le FT (toujours en lésion) a été intégré au traitement global avec, cette fois, pour résultat une nette amélioration du SJSR (diminution de l'IRLS de 12 à 7).

IV.2.b) Traitement uniciste du FT sans traitement global

A la différence du cas précédent, il a été expérimenté avec une autre patiente la procédure inverse, à savoir pour la première consultation un traitement « uniciste » du FT. Cette correction spécifique du FT a donné peu d'amélioration du SJSR (descendu de 20 à 14 ce qui le classe encore en sévérité moyenne). La deuxième séance a été ensuite axée sur un traitement ostéopathique global avec, en sus, un ajustement symptomatique du FT (retrouvé positif au test). Cette consultation a permis de descendre le score IRLS à 3 (le score minimum). A la troisième séance, seule une résistance modérée du FT a été retrouvée. Cette expérience met l'accent sur la nécessité, pour un bon résultat, de toujours associer un traitement ostéopathique global à la correction spécifique du FT.

IV.2.c) Lésion ostéopathique en latéralité du FT

Un autre cas intéressant a été celui d'une patiente très peu soulagée après la première consultation même si le FT avait été corrigé (l'IRLS est passé de 27 à 23 qui le classe encore au niveau sévère). A la deuxième séance, l'ostéopathe a donc choisi de placer sa

patiente sur le ventre pour mieux aborder le FT. Il a retrouvé une déviation du FT en latéralité gauche qui n'avait pas été clairement diagnostiquée en position assise du patient (position habituelle du test). La correction a porté sur la normalisation de cette déviation du FT. A l'issue de cette troisième consultation, l'amélioration a alors été nette : plus de crises de SJSR avec un score optimal de 0. Ce cas illustre bien la possible existence de lésion en latéralité du FT et de préférer la position décubitus ventral pour corriger ce type de fixation.

IV.2.d) Symptômes comparables mais sans SJSR

Patiente ne présentant pas de SJSR (et donc non incluse dans l'étude) mais avec un profil intéressant : sa mère présente un SJSR et la patiente a le besoin de sortir les pieds du lit pour pouvoir dormir. Le FT a été retrouvé positif et son traitement a résolu le problème. Cette observation amène trois questions.

1. Est-ce que le profil de la patiente et son besoin de mettre ses pieds en dehors du lit pour dormir corrélés à un FT positif sont les prémices d'un futur SJSR ? ;
2. Le traitement ostéopathique a-t-il pu ainsi prévenir l'installation d'un SJSR ? ;
3. Le traitement ostéopathique du FT peut-il résoudre les symptômes mimétiques du SJSR comme les pieds chauds la nuit, les crampes nocturnes, les secousses ou agitations des jambes au lit, etc. ?

IV.2.e) SJSR associé à une neuropathie

Patient d'origine portugaise (parlant peu français) présente des antécédents lourds : neuropathies sensitives dégénératives suite à une intoxication professionnelle au titane avec pertes d'équilibre, céphalées, pertes de mémoire, marche difficile. Sa femme (qui l'accompagne lors des séances pour aider à la compréhension orale) avait décrit le fait que son mari se levait fréquemment la nuit pour soulager ses jambes. Les séances d'ostéopathies ont eu peu d'amélioration sur les troubles de la neuropathie (motif principal de consultation du patient) mais les crises propres au SJSR ont disparues (sa femme assure que maintenant il ne se lève plus la nuit). Ce cas a été difficile pour bien faire la distinction entre neuropathie et SJSR du fait des difficultés d'expression du

patient. Même si le SJSR est associé à une maladie lourde, l'ostéopathe a un effet sur le SJSR.

IV.3. Biais de l'étude

IV.3.a) La/les tierce personnes manquantes

Il aurait été préférable que ce soit une personne différente de l'ostéopathe référent qui pose les questions de l'IRLS pour une meilleure objectivité.

Les nuances entre certaines questions de l'IRLS ont parfois été difficiles à apprécier par certains ostéopathes et/ou patients. Un accompagnement par un médecin spécialisé du sommeil aurait permis de pallier à cela.

La réponse du test du FT repose sur la seule compétence de l'ostéopathe. Sachant qu'il est partie prenante dans l'étude, les tests, dans l'idéal, auraient dû être vérifiés par une tierce personne compétente et externe au mémoire.

IV.3.b) La comparaison inter-ostéopathes

Même si quatre ostéopathes différents ont rapportés les cas cliniques ici présentés, un seul ostéopathe a vu la majorité des patients. La comparaison inter-ostéopathes n'a donc pas été ici possible.

IV.3.c) Le sans-insu

L'effet placebo a pu entrer en jeu dans cette étude car les patients soignés ont été mis au courant de la possible évolution favorable du SJSR.

Du côté des thérapeutes, ils ont été informés de l'attente des patients pour que les cas puissent être intégrés à l'étude. Leur perception ostéopathique a pu être influencée.

IV.3.d) Le manque de groupe placebo (traitement mimé)

Pour une meilleure fiabilité, il aurait été intéressant d'inclure un groupe placebo pour le comparer au groupe traité en ostéopathie et voir la différence d'évolution entre les deux groupes.

IV.3.e) La durée du suivi

Pour un mémoire réalisé en moins d'un an, la limite de temps est un paramètre conséquent. La prise en charge ostéopathique, limitée à 3 consultations, pose la question de la pérennité des résultats obtenus ? On peut légitimement supposer que certains des patients auront une reprise des crises. Nous avons un début de réponse à cette question car, en dehors de cette étude, certains patients qui avaient précédemment été traités avec succès ont connu une récidive du SJSR. C'est le cas de deux patients de cette étude qui avaient été efficacement traités en 2017 et qui ont reconsulté pour une réapparition des symptômes. Dans ces deux cas, le traitement ostéopathique de nouveau a pu solutionner le problème.

La troisième consultation, lorsqu'elle a eu lieu, a permis de pouvoir établir un IRLS 2. Le suivi de cette troisième séance n'a cependant pas été ensuite évalué. Il aurait bien sûr été intéressant d'avoir une évaluation supplémentaire. La complexité du questionnaire rendait difficile un échange téléphonique et faire revenir les patients au cabinet du praticien pour la seule raison du questionnaire était inapproprié. Nous nous sommes donc limités dans cette étude à l'IRLS 2 comme dernier IRLS.

V. CONCLUSION

Nous avons posé l'hypothèse d'une possible relation de cause à effet entre un FT trop tendu et le SJSR avec, à la clé, un traitement ostéopathique possible. L'hypothèse s'appuie sur un lien : la FTM [21]. L'hypothèse d'une lésion du FT en concordance avec SJSR a été validée grâce à la comparaison entre les deux groupes : avec ou sans SJSR.

Si un test ostéopathique existe, il doit en découler logiquement un traitement ostéopathique pour normaliser la lésion ostéopathique. Le traitement ostéopathique du FT proposé dans cette étude et les résultats probants obtenus ont permis de cliniquement valider le lien entre FT et SJSR.

Tous les patients ont été améliorés, partiellement ou totalement ! L'amélioration globale est de 85% à la fin de la prise en charge ostéopathique. Les patients compris dans l'étude ont tous reçu un traitement pour des raisons éthiques et déontologiques évidentes (patient payant pour une consultation ostéopathique). Par défaut de groupe placebo, nous ne pouvons pas valider scientifiquement l'effet du traitement ostéopathique en lui-même. Il reste à objectiver l'effet du traitement ostéopathique sur le long terme et poursuivre ce travail avec plus de rigueur méthodologique.

Ce mémoire a permis d'établir un rapport entre SJSR, FT et ostéopathie. Les limites du champ d'action de l'ostéopathie sont aujourd'hui encore méconnues. C'est pourquoi il est important de les déterminer, ou mieux de les repousser, pour une meilleure connaissance de nos compétences thérapeutique en ostéopathie.

Les patients n'évoquent presque jamais de premier abord leur SJSR lors de leur consultation ostéopathique, sauf si orientés par un professionnel de santé. Les observations épidémiologiques [19] se sont avérées concordantes avec celles de la pratique du cabinet. Les ostéopathes, pendant l'étude, ont donc dû faire attention à l'interprétation des signes évocateurs. Souvent, c'est la positivité du test du FT qui a amené le praticien à interroger le patient.

L'enjeu de ce mémoire est double :

- proposer un outil aux ostéopathes pour un traitement efficient du SJSR ;

- informer les patients/praticiens de santé d'un possible traitement du SJSR en ostéopathie.

La notion de FT, et celle connexe de FTM, restent peu ou pas abordées dans l'enseignement ostéopathique.

Le test préconisé dans cette étude a été élaboré par des praticiens du LMO [24] en s'appuyant sur la réalité anatomique du FT. La technique du recoil ici proposée a l'avantage de traiter efficacement et sans contre-indications[X] un FT trop tendu.

A noter également que, au-delà du SJSR, un FT trop tendu peut être « le lien », au sens propre comme au sens figuré, entre de nombreuses affections non résolues et l'ostéopathie.

Des associations regroupant les personnes atteintes du SJSR existent [29]. Par ce biais et avec ce mémoire comme référence, il serait intéressant d'informer les patients qui pourraient grandement bénéficier du traitement ostéopathique. Cette population serait aussi susceptible, en retour, de participer à une étude clinique de grande échelle pour continuer l'étude de ce mémoire.

BIBLIOGRAPHIE

[1] https://fondationsommeil.com/troubles-du-sommeil/troubles-du-sommeil-frequents/quel-trouble-du-sommeil/ 29/02/2019

[2] Allen, R., *Dopamine and iron in the pathophysiology of restless legs syndrome (RLS).* Sleep Med, 2004. 5(4): p.385-91

[3] Moller, J.C., et al., *Restless Legs Syndrome (RLS) and Parkinson's disease (PD)-related disorders or different entities?* J Neuro Sci, 2010. 289(1-2): p.135-7

[4] Bara-Jimenez, W., et al., *Periodic limb movements in sleep: state-dependent excitability of the spinal flexor reflex. Neurology, 2000.* 54(8): p.1609-16

[5] Connor, J.R., et al., *Neuropathological examination suggests impaired brain iron acquisition in restless legs syndrome*. Neurology, 2003.61(3): p.304-9

[6] Connor, J.R., et al., *Decreased transferrin receptor expression by neuromelanin cells in restless legs syndrome*. Neurology, 2004. 62(9): p.1563-7

[7] Barriere, G., et al., *The restless legs syndrome*. Prog Neurobil, 2005. 77(3): p.139-65

[8] Earley, C.J., et al., *Ferritin levels in the cerebrospinal fluid and restless legs syndrome: effects of different clinical phenotypes*. Sleep, 2005. 28(9): p.1069-75

[9] Mizuno, S., et al., *CSF iron, ferritin and transferrin levels in restless legs syndrome*. J Sleep Res, 2005. 14(1): p.43-7

[10] Beard, J.L., et al., *Altered monamine metabolism in caudate-putamen of iron-deficient rats.* Pharmacol Biochem Behav, 1994. 48(3): p.621-4

[11] Jean Sautrel. Développement d'un outil d'aide à la démarche diagnostique et thérapeutique du syndrome des jambes sans repos pour les médecins généralistes : revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01611573>

[12] Kushida, C.A., et al., *Symptom-Based Prevalence of Sleep Disorders in an Adult Primary Care Population.* Sleep Breath, 2000. 4(1): p.9-14

[13] Tasdermir, M., et al., *Epidemiology of restless legs syndrome in Turkey on the western Black Sea coast of Turkey: A door-to-door study in rural area*. Sleep Med, 2010. 11(1): p.82-6

[14] Nichols, D.A., et al., *Restless legs syndrome symptoms in promary care: a prevalence study*. Arch Intern Med, 2003. 163(19): p.2323-9

[15] *Ghorayeb, I., et al., Perceived severity of restless legs syndrome across the femal life cycle*. Sleep Med, 2008. 9(7): p.799-802

[16] Allen, R.P., et al., *Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health*. Sleep Med, 2003. 4(2): p.101-19

[17] Henning W, Walters AS, Allen RP, Montplaisir J, Myers A, Ferrini-Strambi L. Impact, diagnosis and treatment of restless legs syndrome (RLS) in primary care population: The REST (RLS epidemiology, symptoms, and treatment) primary care study. Sleep Med 2004; 5(3): p.237-46

[18] Crochard A, El Hasanaoui A, Pouchain D, Huas D, Arnulf I, Krieger J et al. Diagnostic indicators of restless legs syndrome in primary care consultations: the DESYR study. Mov Discord 2007; 22(6): 791-7,quiz 907

[19] Tison, F., et al., Epidemiology of restless legs syndrome in French adults: a nationwide survey: the INSTANT Study. Neurology, 2005. 65(2): p. 239-49

[20] Oertel W, Trenkwalder C, Zucconi M et al. State of the art in restless legs syndrome therapy: practice recommendations for treating restless legs syndrome. Mov disord 2007; 22:S466-475.

[21] Boisseleau A. La force de Traction Médullaire : Etude bibliographique [thèses de doctorat vétérinaire]. Nantes (Loire-Atlantique). ONIRIS ; 2012

[22] HALIMI P. : Imagerie de la moelle et du rachis. Ed. Médecine-Sciences, Flammarion PARIS;1992. p.429

[23] CHOI B.H et al: The ventriculus terminalis and filum terminale of the human spinal cord. Hum Pathol, 1992 23(8). p. 916-20

[24] SALDLER T.W., LAGMAN J.-Embryologie médicale 8ème édition – Traduction et adaptation française Robert Pagès, Gilbert Belaïsch, Edition Pradel; 2006.

[25] https://lmosteo.com/ ; 15/11/2018

[26] Chauffour P., Prat E., Michaud J., Lien Mécanique Ostéopathique, points clés du système nerveux périphérique. Vannes : Sully;2017

[27] Hafen-Bardella C. Reliabilitätsstudie über die Befunderhebung der Wirbelsäule nach der Methode der Lien Mécanique Ostéopathique, Master Thesis zur Erlangung des Grade “Master of Science” in Osteopathie an der Donau Universität Krems – Zentrum für chin. Medizin & Komplementärmedizin, Burgdorf, 2009.

[28] Chauffour P., Prat E., Michaud J., Lien Mécanique Ostéopathique, artères et système neuro-végétatif, Préface Steve Paulus. Vannes : Sully;2009

[29] https://www.france-ekbom.fr/ ; 07/10/2018

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des figures

Figure 1 : SJSR secondaire possible [10] 1
Figure 2 : Classification des agonistes dopaminergiques et de leur effets secondaires [10] 3
Figure 3: Rapport de la moelle épinière et de la colonne vertébrale à différents stades de développement chez l'Homme [22] A) Vers le troisième mois. B) A la fin du cinquième mois. C) Chez le nouveau-né. 4
Figure 4 : Histogramme de l'évolution IRLS fin en fonction de l'IRLS 0 14

Liste des tableaux

Tableau I : groupe sans SJSR……..……11
Tableau II: groupe avec SJSR……..……...11
Tableau III : tableau de croisement des effectifs observés 12
Tableau IV : IRLS avant/après prise en charge ostéopathique 12
Tableau V : différences d'évolution des IRLS sévère et moyen 14
Tableau VI: différence entre t0/t1 et t1/t2 15
Tableau VII: évolution des IRLS à chaque consultation 16

ANNEXES

Annexe I : Les quatre critères diagnostic du SJSR

Critères	Oui	Non
Besoin impérieux de bouger les jambes, dysesthésies/paresthésies, sensation d'inconfort		
Aggravation au repos, survenue au repos		
Soulagement transitoire au mouvement (marche, étirements)		
Aggravation nocturne ? survenue le soir ou la nuit		

Annexe II : Echelle de sévérité du SJSR (IRLS)

Au cours des 7 derniers jours, et d'une manière générale :

ITEM	SCORE
1. Comment évaluez-vous l'intensité des désagréments de votre syndrome des jambes sans repos ?	☐
2. Comment évaluez-vous votre besoin de bouger à cause de votre syndrome des jambes sans repos ?	☐
3. Le désagrément dans vos jambes ou dans vos bras s'améliore-t-il lorsque vous bougez ?	☐
4. Votre sommeil est-il perturbé par votre syndrome des jambes sans repos ?	☐
5. Votre syndrome des jambes sans repos est-il responsable de fatigue ou de somnolence pendant la journée ?	☐
6. A quel niveau de sévérité estimez-vous votre syndrome des jambes sans repos ?	☐
7. A quelle fréquence souffrez-vous de votre syndrome des jambes sans repos ? *(1 = 1 j/semaine ; 2 = 2 ou 3 j/semaine ; 3 = 4 ou 5 j/semaine ; 4 = 6 ou 7 j/semaine)*	☐
8. Combien de temps dure une crise de syndrome des jambes sans repos ? *(1 = < d'1 hre ; 2 = de 1 à 3 hres ; 3 = de 3 à 8 hres ; 4 = >8 hres)*	☐
9. Quel est l'impact de votre syndrome des jambes sans repos sur votre vie sociale, familiale, professionnelle ?	☐
10. Quel est le retentissement de votre syndrome des jambes sans repos sur votre humeur ?	☐
TOTAL	**/40**

Le syndrome est considéré comme :
- Léger si le score total est compris entre 0 et 10
- Modéré si le score total est compris entre 11 et 20
- Sévère si le score total est compris entre 21 et 30
- Très sévère si le score total est compris entre 31 et 40

Annexe III : Consentement éclairé vierge utilisé pour cette étude

Nom et prénom du participant à l'étude : …… …… Téléphone ……

L'étudiante PRAT Blandine ou l'ostéopathe référent …… m'a proposé de participer à l'étude clinique avec éventuellement un bénéfice individuel direct.

Cette étude est encadrée par un directeur de mémoire du CSO Paris sur le thème suivant : « Mise en évidence d'une lésion ostéopathique du filum terminal chez les personnes atteintes du Syndrome des Jambes Sans Repos et traitement » Il m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser. Cela ne changera pas nos relations pour mon suivi. J'ai reçu et bien compris les informations qui figurent sur ce document.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi. Si je le désire, je serai libre à tout moment d'arrêter ma participation et j'en informerai le praticien concerné.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par le CSO. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi "Informatique et liberté" s'exerce à tout moment auprès de l'étudiant concerné, et que ces mêmes données seront anonymes. Je pourrai également exercer mon droit de rectification auprès de ce même étudiant et ou auprès du directeur de mémoire. Ces données qui me concernent resteront strictement confidentielles. Je n'autorise leur accès, y compris la consultation de mon dossier médical, que par : La personne qui collabore à l'étude en tant que directeur de mémoire Eric PRAT, et éventuellement par le représentant médicale du Comité Scientifique du CSO Paris.

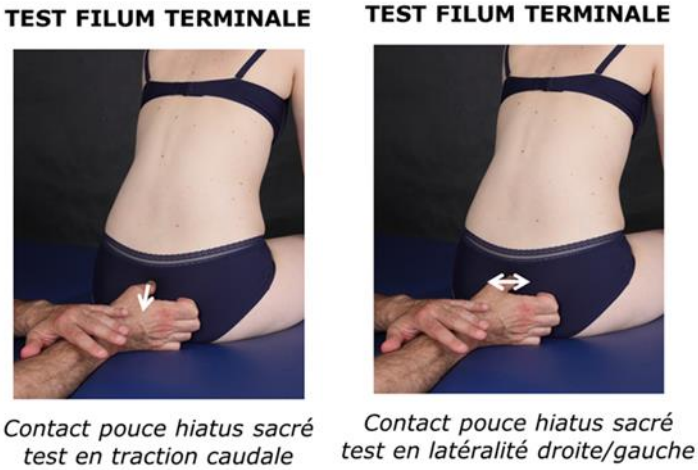
Je pourrai, à tout moment, demander toute information complémentaire à l'étudiante et/ou au directeur de mémoire : • Nom de l'étudiant(e): PRAT Blandine Courriel: blablaprat@orange.fr et Téléphone: 06.75.76.59.64 • Nom du directeur de mémoire : PRAT Eric

Date de signature :

Cadre réservé au participant à l'étude - Signature de ce dernier précédée de la mention « lu et approuvé »

Cadre réservé à l'étudiante ou l'ostéopathe référent - Signature de ce dernier précédée de la mention « lu et approuvé »

Annexe IV : photographies et commentaires du test filum terminal [26]

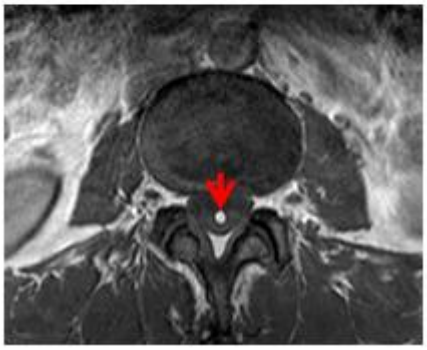


Annexe V : photographie du placement de traitement par recoil du filum terminal en décubitus ventral [26]

Annexe VI : IRM d'un fibrome du filum terminale avec annotations

Fibrolipome du filum terminale

Notez que ici le cône médullaire reste normal, au dessus de L2 mais que le filum terminale prend la corde, en arrière du canal médullaire.



Fibrolipome du filum terminale

Notez que ici le cône médullaire reste normal, au dessus de L2 mais que le filum terminale prend la corde, en arrière du canal médullaire.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION 1

I.1. Le Syndrome des Jambes Sans Repos 1

I.1.a) Le syndrome des Jambes sans Repos en quelques mots……..…...1

I.1.b) La seule enquête épidémiologique sur le SJSR en France montre…….……2

I.1.c) Le Syndrome des Jambes Sans Repos (SJSR) est mal traité……...2

I.2. Le filum terminal (FT) 2

I.3. Hypothèse 3

II. MATERIEL ET METHODE 4

II.1. Recrutement 5

II.1.a) Méthode de recrutement des patients……..5

II.1.b) Critères d'inclusion…….5

II.1.c) Critères d'exclusion……..6

II.1.d) Groupe de comparaison; sujet non atteints de SJSR……..6

II.2. Prise en charge ostéopathique 6

II.2.a) Consultation classique en cabinet d'ostéopathie……..6

II.2.b) Test de mise en tension du FT……..7

II.2.c) Technique de correction ostéopathique employée : Le recoil……..7

II.2.d) Spécificité de la hiérarchisation des traitements : le test en balance inhibitrice.....8

II.3. Outils d'évaluation et statistiques 9

II.3.a) Critères d'évaluations……....9

II.3.b) Test X^2……9

II.3.c) Test t de Student……....9

II.4. Matériel 9

III. RESULTATS 10

III.1. Présentation de la population 10

III.2. Etude de la positivité du test du FT chez les personnes atteintes du SJSR comparée à une population non atteinte du SJSR 11

III.3. Observation de l'évolution du SJSR à la suite d'une prise en charge ostéopathique 12

IV. DISCUSSION .....**Erreur ! Signet non défini.**

IV.1. Vérification de l'hypothèse 17
IV.1.a) Positivité du test du FT……17
IV.1.b) Résultat de la prise en charge ostéopathique……..17
IV.1.c) Observations de l'échantillon étudié……...18
IV.1.d) Importance de la globalité corrélé à la spécificité du FT……18
IV.1.e) SJSR et FT dans le contexte ostéopathique……19
IV.2. Exemples de cas cliniques 20
IV.2.a) Traitement global sans traitement du FT positif……20
IV.2.b) Traitement uni ciste du FT sans traitement global……..20
IV.2.c) Lésion ostéopathique en latéralité du FT……20
IV.2.d) Symptômes comparables mais sans SJSR…….....21
IV.2.e) SJSR associé à une neuropathie……..……21
IV.3. Biais de l'étude 22
IV.3.a) La/les tierce personnes manquantes……...22
IV.3.b) La comparaison inter-ostéopathes……...22
IV.3.c) Le sans insu……22
IV.3.d) Le manque de groupe placebo (traitement mimé)…….23
IV.3.e) La durée du suivi……23
V. CONCLUSION 24
BIBLIOGRAPHIE 25
TABLE DES ILLUSTRATIONS 29
ANNEXES 30

Titre : RAPPORT ENTRE LE FILUM TERMINAL ET LE SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS / Proposition et évaluation d'un traitement ostéopathique spécifique

RESUME

Le Syndrome des Jambes Sans Repos (SJSR) se caractérise par un besoin impératif de bouger le soir et/ou la nuit. Cette gêne douloureuse nuit souvent à la qualité du sommeil. Les personnes mettent difficilement des mots sur leur souffrance et consultent peu pour ce motif. De plus, les symptômes du patient sont souvent mal diagnostiqués. L'étiologie du SJSR primaire reste controversée, ce qui le classe dans les pathologies dites idiopathiques. L'hypothèse avancée dans ce mémoire est un Filum Terminal (FT) trop tendu induisant une Force de Traction Médullaire excessive avec, à la clé, une proposition de traitement ostéopathique.

Deux groupes (avec et sans SJSR) de 20 patients chacun ont été pris en charge par différents ostéopathes pratiquant la méthode du Lien Mécanique Ostéopathique (LMO). Nous avons étudié :

- la fréquence d'un test positif du FT dans le groupe atteint de SJSR avec celle du groupe sans SJSR ;
- l'évolution des symptômes lors de la prise en charge ostéopathique des patients atteints de SJSR avec un traitement général et une correction spécifique du FT selon la méthode du LMO.

Nous avons constaté la forte prévalence d'un test positif du FT dans le cas d'un SJSR. Tous les patients traités ont vu un amendement partiel ou total de leurs symptômes.

Le FT, lorsqu'il est trop tendu, semble en cause dans le SJSR primaire et le traitement ostéopathique que nous proposons ici a permis un soulagement notable chez tous les patients.

Mots clés : Syndrome des Jambes Sans Repos, Filum Terminal, Force de Traction Médullaire, Lien Mécanique Ostéopathique.

Title: LINK BETWEEN THE FILUM TERMINALE AND THE RESTLESS LEGS SYNDROME / Suggestion and evaluation of a specific osteopathic treatment

ABSTRACT

Restless Legs Syndrome (RLS) is characterized by the urge to move the legs in the evening and/or at night. This painful disturbance often hinders sleep quality. People have difficulty describing the issue and rarely consult for this reason. Moreover, the patient's symptoms are often misdiagnosed. The etiology of primary RLS is still controversial as a result of which it is classified as an idiopathic pathology. The hypothesis suggested in this thesis is ~~about~~ that the Filum Terminale (FT) is too tense, inducing excessive Traction Force on the spinal cord, for which an osteopathic treatment is proposed.

Two groups (with and without RLS) of 20 patients were treated by different Osteopathic Mechanical Link practitioners. We recorded:

- the frequency of positive FT tests in the group of people suffering from RLS, compared to that of the group not suffering from RLS .
- the evolution of symptoms of patients suffering from RLS as a result of a general treatment and a specific correction of the FT according to the OML method.

We have found a strong prevalence of positive FT tests in the case of RLS patients. All the patients treated experienced partial or complete improvement of their symptoms.

When too tense, the FT seems to be involved in primary RLS and the osteopathic treatment we suggest a provided significant relief to all patients.

Key words: Restless Legs Syndrome, Filum Terminale, Traction Force on the Spinal Cord, Osteopathic Mechanical Link.