

OSTEOPATHIE ET TROUBLES GASTRIQUES CHEZ LE CHIEN

THESE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR VÉTÉRINAIRE

DIPLOME D'ÉTAT

*présentée et soutenue publiquement en 2003
devant l'Université Paul-Sabatier de Toulouse*

par

François, Jean-Baptiste, André AGNERAY
Né, le 21 août 1970 à LILLE (Nord)

Directeur de thèse : M. le Professeur André CAZIEUX

JURY

PRESIDENT :

M. Christian-François ROQUES

Professeur à l'Université Paul-Sabatier de TOULOUSE

ASSESEUR :

M. André CAZIEUX
M. Olivier DOSSIN

Professeur Emérite de l'Ecole Nationale Vétérinaire de TOULOUSE
Maître de Conférences à l'Ecole Nationale Vétérinaire de TOULOUSE

MEMBRE INVITE :

M. Patrick CHÊNE

Docteur Vétérinaire

Partie 2/2

II. NOTION DE DYSFONCTION OSTÉOPATHIQUE [20 ; 22 ; 28 ; 42]

La dysfonction ostéopathique ou dysfonction somatique est plus communément nommée **lésion ostéopathique**. Cependant, elle n'est pas nécessairement accompagnée, dans un premier temps du moins, d'altérations lésionnelles au sens anatomopathologique du terme : elle est avant tout fonctionnelle. C'est pourquoi, pour éviter toute confusion, et sachant que les deux termes sont synonymes, nous employerons surtout le terme **dysfonction**.

Cette notion fondamentale est au cœur de l'activité ostéopathique : on peut dire que l'ostéopathe traque les dysfonctions et aide l'organisme à s'en débarrasser.

A. DEFINITION ET GENERALITES

1. DEFINITION

Selon Andrew Taylor STILL (cité par P. CHENE [8]), la dysfonction se définit comme le non-mouvement (moment où le mouvement s'arrête). Or la fonction est indissociable du mouvement.

La dysfonction est une restriction de mobilité de deux structures somatiques entre elles. Cette restriction peut s'exprimer dans une modification d'amplitude, de rythme de fréquence, d'équilibre ou de symétrie du mouvement.

La dysfonction affecte toujours le mouvement, avant de faire mal, avant de gêner les organes, avant de gagner d'autres zones, de se multiplier en nombre et en étendue, et d'attaquer tous les domaines. Ce déséquilibre sournois peut être comparé à une entorse si légère qu'on ne la sent pas survenir, qu'on ne la voit pas à la radio, qui se manifeste, au niveau des articulations, par un blocage ou un déséquilibre qui ne provoque aucun effet immédiat. A ce stade, la plupart des thérapeutes ne savent pas la détecter [20].

A ce stade, un parallèle peut être fait avec la première phase du déséquilibre énergétique en acupuncture. Ainsi, Ivan NGUYEN [30] écrit-il que : "...les Chinois considèrent que les processus pathologiques obéissent toujours à la même chronologie. La première phase est dite énergétique car les organes ou fonctions atteints compensent leur insuffisance en puisant dans les réserves d'énergie de l'organisme. Cette phase asymptomatique peut être évaluée par une bonne palpation des points mu et yu du dos. On peut avoir recours également au diagnostic par les pouls chinois [...] La deuxième phase est dite clinique."

2. SIEGE DES DYSFONCTIONS

Les dysfonctions les plus facilement concevables et les plus représentatives sont les dysfonctions qui concernent les organes dont la fonction est précisément le mouvement : le système musculo-squelettique. Nous verrons que, parmi celles-ci, les dysfonctions vertébrales ont une importance de premier ordre en ostéopathie.

Mais une dysfonction peut siéger **partout dans l'organisme où il y a mouvement**. Par exemple, deux viscères qui glissent l'un contre l'autre à chaque cycle respiratoire peuvent se trouver en dysfonction si leur mouvement est restreint pour une quelconque raison (adhérences par exemple). Un organe contractile comme l'estomac sera en dysfonction notamment si sa fonction motrice est perturbée.

3. CAUSES DES DYSFONCTIONS [20]

Les dysfonctions articulaires peuvent être causées par les traumatismes ou agressions externes, ou encore par le déséquilibre d'une fonction interne :

→ Les traumatismes peuvent être uniques et intenses comme un choc violent, une chute. Ils peuvent être minimes et répétés comme une position asymétrique prolongée, un stress chronique, un travail inconfortable prolongé.

→ Les fonctions internes tentent au jour le jour d'absorber les traumatismes externes, de permettre l'adaptation de l'organisme à son environnement. Les organes viscéraux luttent, intègrent, compensent et rejettent selon leur propre force (héréditaire et autre), mais si l'un d'eux se fatigue et se fait submerger, il crée un trouble de type fonction-structure qui signe l'apparition d'une dysfonction.

4. EXPRESSION DES DYSFONCTIONS [20]

Tout un chacun a un grand nombre de dysfonctions, mais ne se révèlent que celles qui sont très sollicitées par les mouvements ou des postures inconfortables.

A quelque âge qu'elles surviennent et dans quelque partie du corps, la plupart des dysfonctions restent inconnues et inapparentes. Pourtant l'organisme s'adapte, les compense et les achemine vers la résolution ou l'aggravation.

Lorsqu'elle s'exprime, une dysfonction engendre essentiellement de la douleur associée à une restriction de mouvement, ainsi qu'une modification locale des tissus (texture, vascularisation, température,...)

N'ont été décrits ci-dessus que les aspects de la disfonction ostéopathique nécessaires à la compréhension de l'ensemble de notre travail. Marc DAUFRESNE [13] propose une étude détaillée des dysfonctions (d'après les travaux de Louisa BURNS). Il détaille leurs productions expérimentales et leurs corrections, et la pathologie de la dysfonction : changements de la peau suivant une dysfonction vertébrale, changements dans le tissu sous-cutané, dans les muscles spinaux, dans les tissus nerveux, dans les tissus articulaires, dans les ligaments vertébraux communs postérieur et antérieur, dans le disque intervertébral.

B. LA DYSFONCTION OSTÉOPATHIQUE VERTEBRALE

La dysfonction ostéopathique vertébrale est un cas particulier de dysfonction articulaire.

Elle joue un rôle capital en ostéopathie car elle agit directement sur le SNC, elle engendre des maladies chroniques, elle opère la jonction entre psycho et soma [20].

1. NATURE DE LA DYSFONCTION OSTÉOPATHIQUE VERTEBRALE

a. Expression clinique [20 ;42]

La dysfonction ostéopathique vertébrale se manifeste par une limitation du degré de liberté de mouvement d'une vertèbre dans un des plans de l'espace (flexion/extension, rotation gauche/droite, inclinaison gauche/droite).

En partant d'un point neutre 0, une vertèbre peut normalement se déplacer aussi librement dans un sens que dans l'autre (figure 10 : exemple de la rotation d'une vertèbre cervicale).

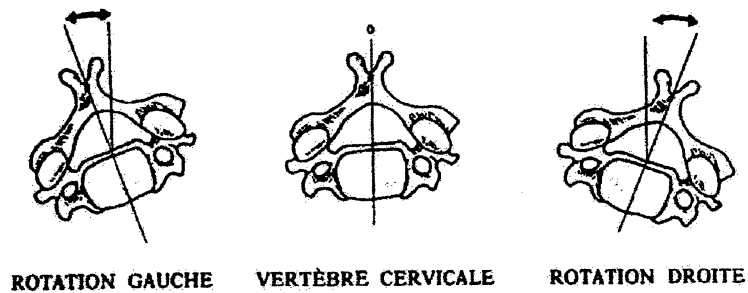


Fig. 10 : Mouvements de rotation physiologiques d'une vertèbre, d'après [42].

Lorsqu'une dysfonction apparaît, la mobilité est réduite dans une des directions du mouvement (figure 11).

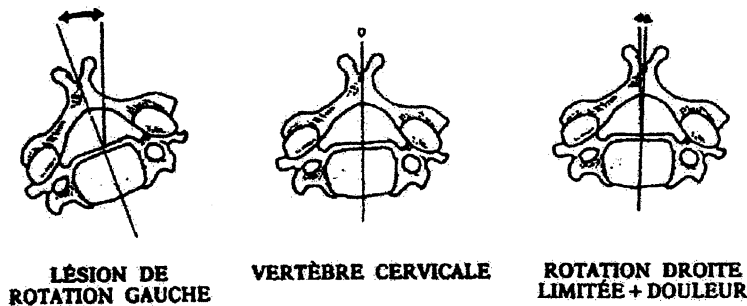


Fig.11 : La même vertèbre en dysfonction (ou lésion) de rotation gauche, d'après [42].

Par convention, la dysfonction ostéopathique porte toujours le nom du mouvement le plus libre, celui qui ne génère pas de douleur : elle se trouve donc du côté opposé à la restriction de mouvement.

Dans notre exemple, la vertèbre est limitée par la douleur en rotation droite bien en deçà de sa limite physiologique : cette limitation est appelée **barrière lésionnelle**.

La dysfonction ostéopathique vertébrale se manifeste en grande partie par des phénomènes locaux et à distance, parmi lesquels on trouve :

- une hyperesthésie, en particulier des muscles et des vertèbres.
- une hyperirritabilité, qui se manifeste par des modifications du comportement musculaire.
- des modifications de la texture du tissu musculaire, du tissu conjonctif et de la peau.
- des modifications dans la circulation locale et dans les échanges entre le sang et les tissus.
- des modifications dans les fonctions viscérales et autres fonctions végétatives.

Toutes ces perturbations concernent des tissus et organes innervés par les nerfs efférents du segment en dysfonction.

b. Origine nerveuse de la dysfonction ostéopathique vertébrale [22]

La relation segmentaire entre la dysfonction ostéopathique vertébrale et ses conséquences somatiques et viscérales impliquent l'existence d'une origine nerveuse de la dysfonction ostéopathique vertébrale.

L'activité et l'état des tissus et des organes sont directement influencés par les nerfs efférents moteurs qui partent du SNC et qui conduisent les influx nerveux vers ces tissus et ces organes. Une sur- ou une sous-activité chronique des nerfs

efférents peut donc entraîner des perturbations fonctionnelles dans les tissus ou organes qu'ils innervent : cette sur- ou sous-activité n'a pas toujours d'effets directs et immédiats, mais leur importance est souvent prédominante. Ainsi la sur-activité prolongée d'un muscle peut provoquer le développement d'une fibrose et causer des modifications chimiques et métaboliques majeures ; une sous-activité peut, elle, causer une atrophie. Une sur-activité des fibres sympathiques qui contrôlent les artéριοles peut provoquer une anoxie locale, un état inflammatoire des tissus, une altération de la perméabilité capillaire, un œdème, etc. Une perturbation des neurones efférents qui contrôlent les muscles lisses du tube digestif peut entraîner une atonie ou un spasme viscéral. La sur- ou sous-activité des neurones qui contrôlent les sécrétions glandulaires peut provoquer des perturbations désastreuses dans l'équilibre électrolytique, hydrique et acido-basique du milieu intérieur, aboutissant à des états pathologiques, tels que les ulcères peptiques.

c. Facteurs de contrôle de l'activité efférente et notion de facilitation [22]

Par l'étude du jeu des interneurones ou neurones intercalaires (qui font la jonction entre les neurones moteurs et sensitifs, entre les différents étages du système nerveux, etc.) et par le principe de convergence qui établit que de nombreuses fibres convergent vers (et synapsent avec) chaque neurone moteur, on comprend que :

→ chaque neurone moteur reçoit des influx provenant de nombreuses origines (faisceaux descendants de la moelle épinière, propriocepteurs tels que récepteurs de Golgi dans les tendons et fuseau neuro-musculaire dans les muscles, fibres afférentes provenant des viscères)

→ certaines de ces fibres convergentes exercent une influence excitatrice, d'autres une influence inhibitrice : l'activité d'un neurone moteur représente, à un moment donné, la somme algébrique de ces influences. Un neurone est donc constamment dans un état d'équilibre dynamique. Avant de décharger sous l'effet d'un quelconque stimulus, un neurone moteur doit être en état d'excitation sous-liminaire, c'est-à-dire "mis en condition", facilité, par des influx provenant des autres fibres excitatrices qui synapsent avec ce neurone. Cette condition sert de marge de sécurité en empêchant des réponses à n'importe lequel des influx. La contrepartie est que lorsque dans la moelle épinière, un nombre important de cellules motrices est maintenu en état d'excitation sous-liminaire, l'arrivée d'un léger stimulus supplémentaire suffit à produire une décharge de ces neurones et donc une réponse réflexe.

→ Dans un segment en dysfonction, le seuil réflexe est anormalement bas. Ce segment est hypersensible: il est dit en **facilitation chronique**. Un certain nombre de neurones moteurs de ce segment sont maintenus dans un état d'hyperexcitabilité relative parfois tellement intense qu'une stimulation légère, quelle qu'en soit la source, suffit à déclencher une décharge de ces neurones moteurs. L'apophyse épineuse de la vertèbre concernée peut représenter cette source, si elle est mobilisée, lors de l'examen ostéopathique par exemple. La dysfonction ostéopathique vertébrale doit donc être conçue non pas comme un foyer d'irritation centrifuge, source de bombardement irritatif pour les autres segments médullaires, mais au contraire comme un segment vers lequel les irritations convergent, qui est l'objet d'un bombardement à partir des autres segments. Tout influx faisant relai dans l'étage affecté (qu'il soit d'origine cutanée, viscérale, articulaire, corticale ou autre) déclenchera lors de son passage une stimulation des neurones moteurs de ce segment (Figure 12).

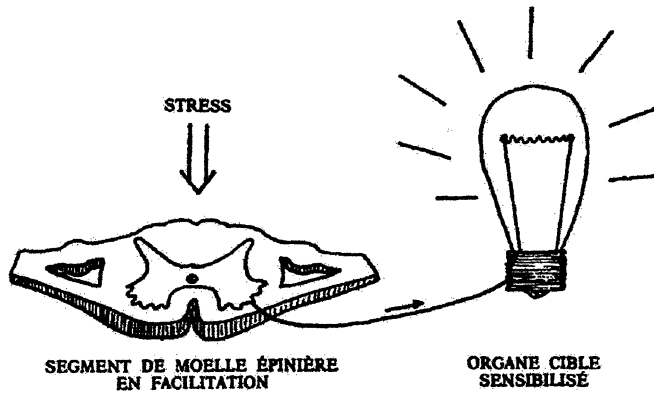


Fig.12 : Illustration imagée de la notion de segment facilité, d'après [42].

Les neurones moteurs sont probablement mis en état de facilitation chronique par des influx nombreux et constants provenant des propriocepteurs des muscles et du tissu conjonctif organisé (tendons, ligaments, fascias,...). Ces propriocepteurs sont en effet très sensibles aux changements de longueurs et de tension de ces fibres et ils sont non-adaptatifs : ils ne cessent d'envoyer des influx vers la moelle (par la racine dorsale) tant qu'ils sont en tension et à une fréquence proportionnelle à cette tension. Ceci pourrait expliquer la chronicité de l'état d'hyperexcitabilité médullaire.

Un segment facilité représente donc un foyer vicieux d'irritation très localisé.

En outre, les modifications de la texture du tissu qui recouvre l'épineuse est vraisemblablement à mettre en rapport avec des perturbations du SNS (qui contrôle l'activité vaso-motrice, la perméabilité capillaire, la trophicité...). L'abaissement du seuil de la douleur est sans doute dû à la facilitation des fibres spino-thalamiques qui conduisent les influx sensitifs vers les centres supérieurs. Enfin, on note une prédisposition aux agressions physiques du segment facilité : pour une même irritation mécanique, le segment facilité restera douloureux beaucoup plus longtemps qu'un segment normal

2. LES COMPOSANTS DE LA DYSFONCTION OSTÉOPATHIQUE

a. Cas général de la dysfonction ostéopathique articulaire

α. La composante structurelle [20]

Une dysfonction ostéopathique implique des structures : dans le cas de la dysfonction ostéopathique articulaire, elle implique l'articulation *sensu stricto*, mais également d'autres éléments structurels.

→ L'articulation :

Une articulation saine peut non seulement accomplir tous les mouvements macroscopiques pour lesquels elle est prévue, mais également un grand nombre de petits mouvements auxquels on ne prête habituellement pas attention et qui constituent un certain "jeu" articulaire. Ces mini-mouvements annexes nuancent, amortissent et coordonnent les mouvements volontaires principaux.

A chaque mouvement, deux bords osseux peuvent s'éloigner ou se rapprocher trop et, en fonction de la sollicitation de l'articulation en cause, il va peut-être se développer le processus de dysfonction.

La dysfonction peut ensuite se manifester uniquement au moment d'un mouvement particulier, provoquant une petite douleur sans gêner ce mouvement, et qui disparaît aussitôt celui-ci arrêté. Puis un déplacement plus important dans l'articulation provoque une douleur plus importante et empêche certains mouvements. Enfin, toute mobilisation de l'articulation est devenue douloureuse : c'est le stade des troubles articulaires habituellement reconnus. L'ostéopathie, en intervenant dès les premiers stades, empêche ce cycle d'évolution morbide.

→ Autres éléments structurels

Dès que l'organisme aura détecté une anomalie (même minime) dans une articulation (les ligaments, inélastiques et moins souples que la capsule, auront donné l'alerte), se mettent en place des mécanismes d'adaptations : certains muscles se contractent pour resserrer certaines zones de l'articulation, pour faire disparaître les traces du traumatisme externe. Cette mesure de protection peut suffire à remettre tout en ordre : c'est l'autorégulation, qui fonctionne en permanence dans tous les domaines de la vie.

Mais si le traumatisme se prolonge ou se répète, l'articulation reste sollicitée, son jeu anormal continue à déclencher des signaux d'alarme. Le SNC se trouve assailli par les informations et répond sans discontinuer. Les contractions musculaires de protection, devenue peu à peu contractures anormales, deviennent elles-mêmes le siège de douleurs nouvelles.

La dysfonction ostéopathique articulaire peut avoir comme point de départ d'autres éléments de la structure, comme une contraction musculaire intense, ou des ligaments trop souples, trop laxes, qui laissent trop de jeu à l'articulation. Quel que soit le tout premier point de départ de la dysfonction, les désordres ligamentaires, musculaires et osseux sont solidaires : ils forment une unité de fonction qui répond aux mécanismes d'autorégulation de l'organisme.

β. Eléments associés [20]

Par les systèmes de communication (surtout sang et lymphe), la dysfonction passe des structures aux fonctions (de même qu'elle peut partir des fonctions pour aboutir aux structures). Les tensions des structures vont écraser les vaisseaux voisins, pincer les nerfs, meurtrir les tissus. De proche en proche, les organes sont emportés dans la dysfonction par les altérations des vaisseaux nourriciers et des liaisons nerveuses.

Le mécanisme de la dysfonction ostéopathique est toujours subtil puisqu'il s'appuie sur des réactions d'autoguérison de tous les tissus locaux.

C'est l'ensemble de ces désordres structurels, circulatoires, nerveux, végétatifs, qui constituent la dysfonction ostéopathique articulaire.

b. Cas particulier de la dysfonction ostéopathique vertébrale [20]

Un manque de parallélisme dans le mouvement de deux facettes vertébrales provoque ici comme dans n'importe quelle articulation une réaction de protection des petits muscles vertébraux. Les tendons, les ligaments, les tissus mous, ici comme ailleurs, se contractent et se durcissent jusqu'à ce que la vertèbre fautive perde sa mobilité (pour éviter un plus grand désordre dans le mouvement). Ce qui distingue la dysfonction vertébrale des autres dysfonctions articulaires sont ses conséquences, du fait de sa position stratégique.

3. EVOLUTION DE LA DYSFONCTION ET NOTION DE CHAÎNE LÉSIONNELLE ADAPTATIVE [20 ; 42]

La norme, lors d'un petit dérèglement tel que décrit précédemment, est l'autoguérison. L'anormal, c'est lorsque le désordre résiste aux processus d'autoguérison et tente de s'étendre. Le **facteur temps** est capital dans l'évolution de la dysfonction ostéopathique.

a. La dysfonction primaire : évolution locale

Aussitôt l'articulation perturbée, nous avons vu que tous les tissus locaux se mobilisent pour la protéger, c'est-à-dire la limiter dans ses mouvements. Ligaments, muscles, tendons durcissent, et peu à peu "surprotègent" l'articulation. Il se forme un œdème dont la pression maintient également l'articulation. Si le désordre dure, il y a inflammation, qui aboutit à terme à la fibrose. L. ISSARTEL [20] parle pour la fibrose de "**petite mort des tissus**" : à ce stade, la guérison est rendue très difficile car les structures sont très profondément modifiées. Le temps peut ravager les tissus sans retour.

Tout au long du phénomène d'autoprotection locale, commandé par le système nerveux, l'organisme a d'abord tenté d'éliminer les perturbations. Puis, s'il a échoué, il a tenté de s'organiser avec cette nouvelle situation, pour finir par la dégénérescence et parfois l'anarchie.

b. Les dysfonctions secondaires ou adaptatives : évolution à distance [20 ; 42]

Le complexe dysfonction ostéopathique ne va pas rester isolé. S'il réussit à s'installer durablement, il va utiliser les lois d'unité du corps pour tenter sa chance à distance.

Le corps va tenter de compenser cette lésion primaire en adaptant des éléments anatomiques qui ne sont pas à l'origine prévus pour cela. Il s'ensuit à la longue une fatigue de la structure créant dans un deuxième temps des dysfonctions secondaires qui forment la **chaîne lésionnelle adaptative**.

Les ostéopathes parlent de **lésion totale** pour évoquer l'ensemble lésion (dysfonction) primaire + chaîne lésionnelle adaptative.

Cette chaîne peut se développer par différentes voies :

→ par les recherches de compensation qui sollicitent anormalement d'autres structures ostéo-articulaires.

→ par les fascias (au sens ostéopathique) qui unissent tout à tout (voir dans la troisième partie le chapitre qui leur est consacré).

→ par les voies de circulation des liquides, sang et lymphe.

→ par les voies de communication nerveuse. Notamment, lorsqu'une dysfonction s'installe au niveau corporel pour quelque raison que ce soit, elle fragilise le segment médullaire sur lequel elle se trouve en le bombardant d'influx sensitifs intenses et continus et va ainsi le faciliter : la dysfonction primaire est la dysfonction qui crée le segment facilité. A l'inverse, les dysfonctions vertébrales sont de grandes fauteuses de troubles végétatifs (voir le paragraphe suivant).

4. RELATION VERTEBRE-ORGANE ET ORGANE-VERTEBRE [20]

La dysfonction ostéopathique vertébrale est à la fois centrifuge et centripète.

Elle est d'importance capitale car elle se situe à la jonction SN périphérique/SN central. De plus, toute activité implique des mouvements du dos et l'inactivité même peut supposer des positions parfois agressives.

a. Relation centrifuge : quand la lésion part d'une vertèbre

A partir d'une dysfonction vertébrale, si l'autoguérison ne parvient pas à remettre les facettes dans leur juste rapport, les tissus autour de la vertèbre suivent le schéma classique : infiltration, inflammation, puis fibrose. C'est finalement l'ensemble des os déréglés et des tissus infiltrés ou fibrosés qui atteignent les nerfs et les ganglions, gênant leur nutrition et les emprisonnant dans un carcan impropre aux échanges cellulaires. Ce ralentissement biologique, s'il dure, provoque l'inhibition, ou au contraire, l'hyperexcitation des nerfs et des ganglions :

→ les nerfs sensitifs font mal, et engendrent donc de la douleur.

→ les nerfs moteurs perturbés vont entraîner une gêne motrice, voire ensuite une atrophie musculaire.

→ les nerfs et ganglions sympathiques gênés peuvent engendrer des troubles circulatoires, digestifs...

A la longue, une dysfonction vertébrale, même à bas bruit, peut comprimer très durablement un nerf (ou un ganglion sympathique, ou les deux). Progressivement, le nerf (ou le ganglion) est privé de sa circulation propre, l'apport de sang est restreint et les capillaires veineux et lymphatiques ne drainent plus les déchets : les cellules nerveuses se fatiguent et la stase et l'œdème qui se créent contribuent à comprimer encore un peu plus le nerf. La fonction du nerf, durablement altérée, installe un trouble durable et c'est la maladie chronique : douleurs continues sans cause apparente, maladie viscérale, excès ou défaut de sécrétion (sucs digestifs, hormones dans les organes digestifs par exemple), excès ou défaut de contraction des muscles lisses (intestin par exemple).

Des troubles s'enchaînent et se renforcent : mauvaise nutrition en chaîne, par la compression des nerfs vaso-moteurs ; mauvaise régulation en chaîne par le trouble des glandes endocrines qui concernent la régulation de tout l'organisme et du système de défense.

Ce cercle vicieux finit par affaiblir l'organisme tout entier.

b. Relation centripète : quand tout converge vers la vertèbre

Nous avons vu qu'une dysfonction primaire peut engendrer la facilitation du segment médullaire auquel l'organe sur lequel elle siège est rattaché.

Or on sait qu'un segment en facilitation est sensible à un grand nombre d'influx qui l'atteignent ou le traversent et qui normalement ne déclenchaient pas de réponse à ce niveau.

Donc non seulement une dysfonction vertébrale rayonne, mais elle canalise des influx d'origine diverse sur un même segment de moelle.

C. DYSFONCTIONS AUTRES QUE VERTEBRALES [9 ; 20]

En considérant que la dysfonction ostéopathique se définit comme une restriction de mouvement, on peut penser que là où il y a mouvement, il peut y avoir dysfonction.

Il y a certes des articulations osseuses, mais il y a également des articulations musculaires, fasciales, viscérales, ligamentaires, fluidiques... (articulation doit s'entendre au sens de mobilité tissulaire). Toutes ces structures anatomiques sont prévues pour avoir un certain degré de liberté les unes par rapport aux autres, lors des différents mouvements locomoteurs, cardio-vasculaires ou respiratoires. Tout frein ou entrave à ces mobilités représente une dysfonction ostéopathique.

Un autre niveau de mouvement (fondamental en ostéopathie), le mouvement respiratoire primaire, peut lui aussi être le siège de dysfonctions. Il sera abordé dans la **troisième partie** de ce travail.

On pourrait donc résumer la dysfonction ostéopathique de la manière suivante : c'est une perturbation de la mobilité tissulaire en qualité ou en quantité.

L'estomac est donc susceptible d'être en dysfonction dès lors que ses fonctions motrice ou sécrétoire, ou ses moyens de fixité, ou encore ses rapports avec les organes voisins sont perturbés.

L'étude de la dysfonction ostéopathique (notamment vertébrale) est un préalable indispensable à la compréhension du mode d'action de la manipulation ostéopathique. Dans le chapitre suivant, nous allons envisager les moyens d'action de l'ostéopathie (et de l'acupuncture) sur la fonction gastrique du chien. Dans un premier temps, et dans un but de comparaison, seront abordés les traitements proposés par la médecine académique.

III. MOYENS D'ACTION SUR LA FONCTION GASTRIQUE DU CHIEN

Nous avons vu dans l'étude des pathologies gastriques qu'un certain nombre d'entre elles peuvent affecter la fonction de l'organe. Lorsque la cause primaire de l'affection est identifiée, il convient bien sûr de la traiter. Ceci est du ressort de la médecine académique, ou de la chirurgie. Mais il est fréquent de ne pouvoir identifier de cause primaire : soit elle a disparue et le trouble gastrique persiste, soit il n'existe pas de cause apparente, et le trouble est dit idiopathique. La médecine allopathique propose des traitements visant à modifier la fonction défaillante. L'approche ostéopathique permet d'éclairer (au moins en partie) et de traiter un certain nombre des causes de ces cas idiopathiques "mystérieux", et les cas dont seul le trouble fonctionnel persiste.

Nous savons que la fonction gastrique est en partie sous le contrôle du système nerveux autonome. Il nous semble dès lors intéressant de comparer, sachant le lien qui unit trouble viscéral et dysfonction ostéopathique vertébrale par l'intermédiaire du SNS, les moyens d'action sur la fonction gastrique que permettent d'une part les traitements allopathiques, et d'autre part l'ostéopathie et l'acupuncture, dont les modes d'action sont parfois très proches.

Nous allons donc aborder les traitements proposés d'une part par la médecine allopathique, et par les médecines ostéopathique et acupuncturale d'autre part.

A. MOYENS PROPOSES PAR LA MEDECINE ALLOPATHIQUE [3 ; 4 ; 17]

L'objectif de ce paragraphe n'est pas de faire une liste exhaustive ni une étude approfondie de tous les traitements utilisés pour modifier la fonction gastrique (essentiellement sécrétion et motilité), mais plutôt de les considérer par grands types, de souligner leurs moyens d'action, leurs efficacités, leurs effets secondaires et leurs limites respectifs.

Les principaux types de médicaments modifiant la fonction gastrique sont :

- les médicaments du contrôle de l'acidité gastrique (et des autres sécrétions)
- les médicaments du contrôle de la motricité gastrique.

1. MÉDICAMENTS DU CONTRÔLE DE L'ACIDITÉ GASTRIQUE (ET DES AUTRES SÉCRÉTIONS)

La réduction des sécrétions gastriques (acides en particulier) est souvent nécessaires dans le traitement des affections gastriques, car elles peuvent être un facteur d'agression majeur de la muqueuse.

Pour certaines affections (cas de la plupart des gastrites aiguës), la réduction des sécrétions induites par le jeûne (12 à 36 heures) peut être suffisante. Mais parfois, une thérapie médicamenteuse est nécessaire.

a. Les antagonistes des récepteurs muscariniques (parasymphicolitiques comme l'atropine)

Ils étaient autrefois les médicaments les plus utilisés dans le traitement de l'ulcère peptique en médecine humaine. Motilité gastrique et sécrétion acide sont certes réduits, mais au prix d'effets secondaires importants : sécheresse de la bouche, perte de l'accommodation, photophobie, difficulté à uriner. De plus, la diminution de la motilité gastrique peut stimuler les vomissements et entraîner une augmentation réflexe de la sécrétion acide...

b. Les antagonistes de l'histamine (cinétidine, ranitidine...)

L'histamine joue un rôle fondamental dans les sécrétions acides. Les antagonistes des récepteurs H₂ de l'histamine sont très efficaces et ne provoquent que rarement des effets secondaires, qui plus est de faible gravité (légère inhibition des enzymes microsomaux et de la perfusion hépatique, qui peuvent tout deux aboutir à des interactions médicamenteuses).

c. Les inhibiteurs de la pompe à protons (comme l'oméprazole)

Dérivés du benzimidazole, ils sont de très puissants antiacides qui agissent en inhibant la pompe H⁺/K⁺ ATPasique de la bordure apicale des cellules pariétales. Leurs effets secondaires sont rares sur le système gastro-intestinal (nausées, diarrhée, colique), plus rares encore sur le SNC (céphalées, somnolence, vertiges, chez l'homme), et ils diminuent aussi l'activité des enzymes microsomaux.

Ils sont utilisés pour les reflux œsophagiens et parfois pour les ulcérations gastro-duodénales.

d. Les antiacides

L'activité gastrique peut être neutralisée de façon transitoire par des antiacides.

Les hydroxydes d'aluminium et de magnésium sont les plus fréquents. Ils neutralisent l'HCl sécrété par les cellules pariétales gastriques. Du fait de leur effet tampon relativement court, il faut les administrer au moins six fois par jour. Une administration moins fréquente entraîne une augmentation "rebond" de la sécrétion acide. Ceci les rend en pratique impossibles d'utilisation en médecine des petits animaux.

De plus, les effets indésirables peuvent être la survenue d'une alcalose, une prédisposition à la lithiase urinaire avec les traitements au long cours, parfois des problèmes de flatulence et de distention abdominale.

e. Les analogues des prostaglandines

Les analogues des prostaglandines (comme le misoprostol) inhibent la sécrétion acide, augmentent la sécrétion de mucus et de bicarbonates, augmente la

circulation sanguine et a des effets trophiques. Mais ils provoquent fréquemment diarrhée, inconfort abdominal et avortement.

f. Les protecteurs locaux actifs

Citons :

→ Le sucralfate, cytoprotecteur qui empêche (par différentes voies) l'hydrolyse des protéines de la muqueuse. S'il a peu d'effets secondaires, le sucralfate doit être utilisé avec précaution avec d'autres médicaments car les interactions sont très fréquentes.

→ Le bismuth, dont les effets bénéfiques sont attribués à ses propriétés cytoprotectrices et émoullientes, entre autres.

2. MEDICAMENTS DU CONTROLE DE LA MOTRICITE GASTRIQUE

a. Les anti-émétiques

La connaissance des voies neurologiques responsables des vomissements constitue une base rationnelle de l'utilisation d'un certain nombre de neuromédiateurs (sérotonine, dopamine, acétylcholine, histamine) (figure 13)

Ces substances agissent donc au niveau central (sur la zone gâchette chémorectrice –ou CTZ- et/ou le centre du vomissement) et parfois aussi directement au niveau gastrique. Citons :

→ les antagonistes des récepteurs 5HT₃ de la sérotonine utilisés en médecine humaine pour les vomissements et les nausées chimio-induits.

→ les antagonistes des récepteurs D₂ de la dopamine. Parmi ceux-ci, le métoclopramide qui, à plus forte concentration, bloque aussi les récepteurs 5HT₃, et qui a également une activité sur la motricité gastrique.

→ les substances anti-histaminiques et anti-muscariniques.

→ Les corticostéroïdes, dont le mode d'action antiémétique est méconnu, qui sont souvent associés avec d'autres antiémétiques pour augmenter leur pouvoir total et diminuer les effets indésirables.

→ Les benzodiazépines.

b. Les prokinétiques

Les substances prokinétiques augmentent la motilité gastro-intestinale. Elles sont utilisées dans le traitement de certains cas de vidange gastrique retardée, lorsque celle-ci résulte d'une motilité anormale, mais sont contre-indiquées en cas d'obstruction à la vidange gastrique. La baisse de la motilité gastrique qui accompagne de nombreux syndromes gastro-intestinaux est le plus souvent de cause inconnue. En plus de la régulation nerveuse sympathique et parasympathique de la motricité gastrique, dopamine et sérotonine jouent un rôle dans la régulation complexe du SNE. De plus, la motiline, un peptide gastro-intestinal, exerce une activité pro-kinétique. Citons :

→ le métoclopramide qui augmente l'activité du muscle lisse depuis l'œsophage jusqu'à l'intestin grêle et augmente la vidange gastrique et le transit dans l'intestin grêle (ce qui peut occasionner une diarrhée). Ils n'exerce que peu d'action sur les sécrétions gastriques.

→ le cisapride a des effets proches du métoclopramide, avec moins d'effets secondaires: il facilite la transmission cholinergique dans le SNE, il accélère la vidange gastrique en stimulant les contractions pyloriques et duodénales et en améliorant la coordination antro-pyloro-duodénale.

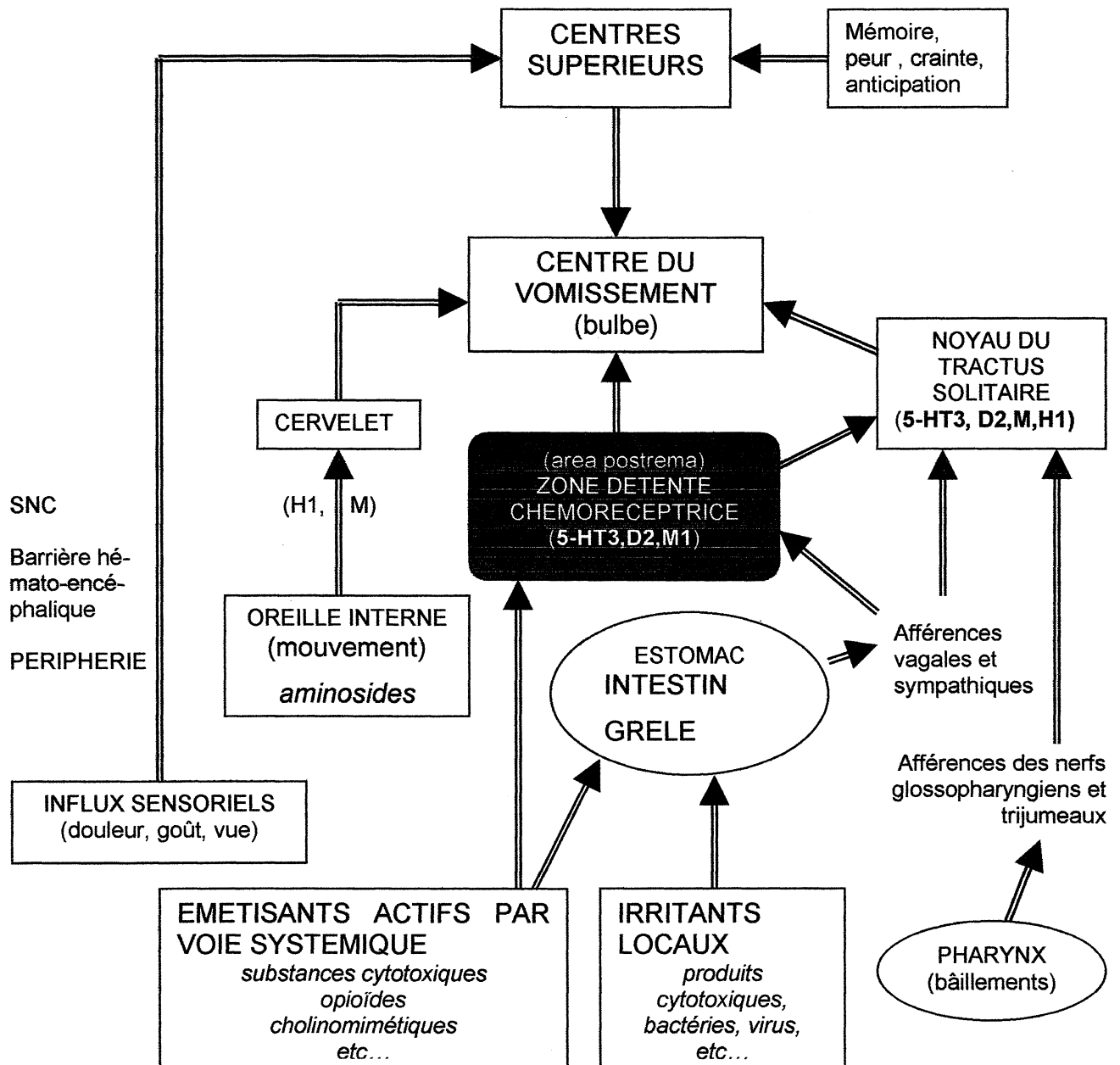


Fig. 13 : Cibles pharmacologiques sur les voies nerveuses contrôlant le réflexe du vomissement, d'après [5]. Les stimulants de ces voies sont notés en *italique*, les neurotransmetteurs et leurs récepteurs sont figurés en **caractères gras**. Les différents types de récepteurs montrés sont : dopamine, D ; acétylcholine (muscarinique), M ; histamine, H ; sérotonine, 5-HT.

→la dompéridone, antagoniste de la dopamine à effet essentiellement périphérique (elle pénètre peu dans le SNC), a des propriétés prokinétiques et anti-émétiques. Elle provoque des céphalées chez (l'homme) et une augmentation de la prolactinémie.

→la motiline (et analogues comme l'érythromycine à faible dose et d'autres antibiotiques de la famille des macrolides)

Pour efficaces qu'ils sont lorsqu'ils sont administrés, ces traitements allopathiques sont symptomatiques par nature (puisque la cause primaire soit a disparu, soit est inconnue) et toujours d'effet transitoire. Le but du traitement est de masquer momentanément le symptôme en espérant créer les conditions pour que l'organe retrouve sa fonction. Mais la récurrence est fréquente. Par exemple, en médecine humaine, la récurrence des maladie ulcéreuses après arrêt du traitement est légion. Les substances qui agissent sur le SNA sont peu ou pas spécifiques (leur effet est "large") et sont donc difficiles d'emploi (leurs effets secondaires sont parfois nombreux).

B. MODE D'ACTION DES MEDECINES OSTEOPATHIQUE ET ACUPUNCTURALE

Il nous a semblé intéressant de mettre en parallèle ces deux médecines, car leurs modes d'action et leurs effets sont par certains aspects très proches : les techniques de médecine ostéopathique et acupuncturale vont réguler l'innervation et la circulation gastriques. On peut supposer également que leur action régulatrice sur les systèmes endocrines peut jouer sur la régulation de la fonction gastro-intestinale, même si ces voies sont plus difficiles à objectiver.

Ces médecines offrent donc des moyens d'action plus spécifiques et potentiellement plus durables que les traitements allopathiques.

1. ACTION DE L'OSTEOPATHIE

a. Les bases physiopathologiques

Nous avons vu comment une dysfonction ostéopathique vertébrale (en D13 notamment, et autour de D13) peut perturber profondément le fonctionnement des fibres sympathiques afférentes et efférentes du segment affecté, *via* le phénomène de facilitation chronique, et donc affecter profondément le fonctionnement du ou des viscère(s) rattaché(s) à ce segment (ici l'estomac). Nous avons vu également que la dysfonction vertébrale peut être à l'origine ou au contraire la conséquence d'une dysfonction gastrique.

En levant les dysfonctions (par des techniques présentées dans la troisième partie de ce travail), l'ostéopathe va lever, totalement ou partiellement, cette facilitation chronique (c'est-à-dire relever le seuil d'excitation des neurones efférents du segment). Ainsi, il redonne (**durablement** dans la mesure du possible) au segment concerné une sensibilité moindre à tous les influx susceptibles de l'atteindre, et donc à l'estomac un tonus sympathique plus normal, donc une vascularisation et un fonctionnement plus normaux (figure 14). Et ceci quelle que soit l'origine primaire de la pathologie (vertébrale ou gastrique), l'essentiel étant de lever toutes les dysfonctions. Ces conditions sont beaucoup plus propices à l'autoguérison, possible dans la mesure où les modifications structurelles occasionnées sont réversibles. Dans le cas contraire, l'évolution peut éventuellement être stoppée en rompant le cercle vicieux de l'auto-aggravation.

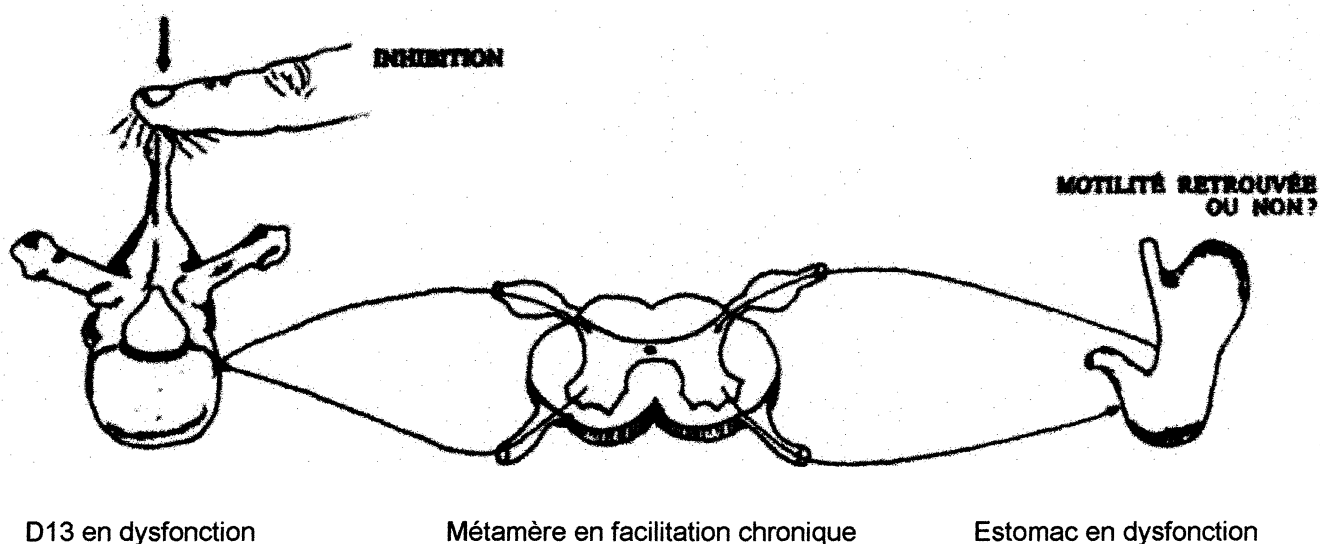


Fig.14 : Principe du traitement ostéopathique d'un métamère en facilitation, et d'un organe relié à ce métamère (ici D13 et estomac), d'après [42].

b. Principes de la thérapie manipulative [22]

Irvin KORR nous dit que les méthodes manipulatives s'adressent en général à des muscles restés dans un état permanent de contraction, incapables de se détendre spontanément même si l'excitation est terminée. Une détente de ces muscles entraîne une augmentation passive de la longueur de leurs fibres, ce qui implique une diminution de la tension exercée sur les propriocepteurs des muscles et tendons : le nombre d'influx envoyés à la moelle par ces récepteurs est donc réduit, et le niveau de facilitation se trouve réduit à son tour. Les manipulations, en diminuant la tension globale, brisent un cercle vicieux.

De même la sympathicotomie liée à la facilitation d'un segment se trouve diminuée après manipulation.

Grâce à une rééquilibration manipulative du squelette et grâce à un réajustement de la posture, la cause originelle du stress, c'est-à-dire la tension excessive des muscles, tendons et ligaments, peut être réduite voire éliminée, rendant plus durable les résultats obtenus.

2. ACTION DE L'ACUPUNCTURE SUR LE SNA ET SUR LA MOTRICITE GASTRIQUE [38]

Ces aspects ont été étudiés en détail par J.N. Sialleli [38] dans une thèse pour le doctorat vétérinaire soutenue en 1997. Nous en proposons ici un court résumé.

a. Généralités

L'acupuncture semblerait intervenir surtout sur l'activité du système sympathique, en l'inhibant lorsque le déséquilibre se fait en sa faveur (soit par excès

de l'activité sympathique, soit par défaut de l'activité parasympathique), en l'augmentant lorsque le déséquilibre va à son encontre (par défaut de l'activité sympathique ou excès de l'activité parasympathique). Toutefois elle intervient également sur le parasympathique.

La régulation du système sympathique par l'acupuncture passe par plusieurs types d'action et plusieurs niveaux d'action selon l'étage de l'organisme que l'on considère, selon les paramètres de stimulation et selon les conditions physiopathologiques de l'organisme :

→ les niveaux d'action sont au nombre de quatre : on distingue une action locale, une action réflexogène, une action neuro-humorale ou humorale et une action à l'échelle cellulaire.

→ les types d'action : on distingue des types d'action non spécifiques du point d'acupuncture (mécanismes périphériques et centraux), des mécanismes non spécifiques de la fonction considérée, et enfin des mécanismes spécifiques du point et de la fonction considérée

→ les paramètres de stimulation, lorsqu'ils varient (par exemple, en électroacupuncture, en faisant varier fréquence et intensité), permettent de favoriser préférentiellement l'activité sympathique ou parasympathique.

→ les conditions physiopathologiques de l'organisme : l'acupuncture agit en régulant l'activité des centres impliqués dans les mécanismes de rétrocontrôle endogènes activés dans le cadre des déséquilibres pathologiques.

b. Régulation de la motricité gastrique par acupuncture

Des études (LI et coll., SATO et coll., cités par J.N. SIALELLI [38]) ont montré que la stimulation de certains points (certains situés sur le même dermatome que l'estomac, d'autres à distance, notamment ST36 situé sous la rotule sur le méridien estomac) pouvait soit augmenter, soit diminuer le péristaltisme gastrique selon les paramètres de stimulation, dans des proportions pouvant aller jusqu'à 87% (LI et coll., cités par J.N. SIALELLI [38]).

Les stimulations homosegmentaires entraînent une diminution de la motricité gastrique, liée à une augmentation de l'activité sympathique. Les stimulations hétérosegmentaires provoquent une augmentation des contractions gastriques, liée à l'activation du parasympathique (par activation du vague) ou à l'inhibition du sympathique (par la mise en jeu de voies descendantes appartenant à une boucle spino-bulbo-spinale).

Troisième partie : Troubles gastriques et manipulations ostéopathiques : aspects pratiques

I. PRINCIPES GENERAUX DE LA MANIPULATION OSTÉOPATHIQUE

L'ostéopathie a avant tout pour but de déceler et de lever toutes les restrictions de mouvement (mouvement et vie sont indissociables) pour restaurer les capacités d'homéostasie de l'organisme.

La manipulation ostéopathique est à la fois diagnostique (elle permet de localiser les dysfonctions ostéopathiques grâce aux **tests ostéopathiques**) et thérapeutique (elle tente de les lever grâce aux **techniques de normalisation**). Elle est d'abord basée sur la palpation et la mobilisation.

L'ostéopathie reconnaît plusieurs niveaux de touchers, correspondant à plusieurs niveaux de mouvement : du plus habituel (le toucher traditionnel), qui permet de détecter, outre les restrictions de mouvements les plus flagrantes (diminution nette de la possibilité de flexion d'une articulation par exemple), la modification de volume, de température, ou l'existence d'une douleur, en passant par un toucher plus fin qui appréhende des mouvements plus subtils auxquels on ne prête habituellement pas attention parce que de très faible amplitude, et qui sont d'une importance majeure en ostéopathie (comme les petits mouvements de coulisse de os entre eux au sein d'une articulation), puis enfin aux plus infimes qui permettent d'appréhender le MRP (Mécanisme ou Mouvement Respiratoire Primaire). On parle pour ce dernier de **toucher proprioceptif**.

Avant de détailler tests et techniques ostéopathiques, il semble important d'aborder cette notion de MRP ainsi que la notion de thérapie crânio-sacrée qu'elle sous-tend. Cette notion propre à l'ostéopathie en est l'un des fondements et en fait la principale originalité. C'est de plus un passage obligé lors d'une séance d'ostéopathie.

A. NOTION DE MRP (MECANISME OU MOUVEMENT RESPIRATOIRE PRIMAIRE) [20 ; 42]

Cette notion, extrêmement complexe et élaborée, ne pourra être ici qu'approchée. Lionelle et Marielle ISSARTEL [20] et Gérard SUEUR [42] en font chacun une étude claire et détaillée chez l'homme.

1. LES TRAVAUX DE WILLIAM GARNER SUTHERLAND (1873-1954) [20 ; 42]

Le MRP fut soupçonné pour la première fois par SUTHERLAND qui consacra une très grande partie de sa vie à la pratique et à la recherche ostéopathiques. Partant de la simple constatation que les os du crâne, habituellement considérés comme totalement **soudés** à l'âge adulte, sont reliés par des sutures qui présentent différents aspects : certaines ont des bords lisses et arrondis ; d'autres ont des surfaces en biseaux (figure 15), lisses ou striées ; certaines sont dentelées ; il y a des sutures en denture, en rainure, en crête. Les dessins très variés des sutures des os du crâne se retrouvent d'un os à son voisin parfaitement encastrables. Au-delà des variations individuelles, chaque crâne montre les mêmes types de suture aux mêmes os.

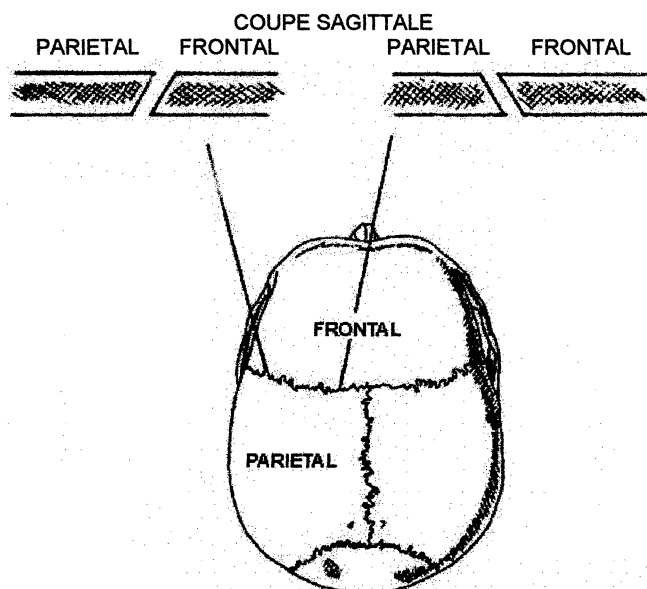


Fig.15 : Changement d'orientation de biseau sur la même suture entre le frontal et les pariétaux, chez l'homme, d'après [42].

A la lumière des connaissances actuelles sur la croissance des os, on est obligé de déduire que ces sutures **ont été dessinées par le mouvement** [20].

A l'époque (au début du 20^{me} siècle), SUTHERLAND suppose que des mouvements seraient possibles entre eux. Il étudie alors très minutieusement sur de nombreux crânes secs toutes les **possibilités** de mouvements des os du crâne les uns par rapport aux autres (glissement, rotation, balance, navette, etc...) et il pousse sa réflexion : si ces os **peuvent** bouger les uns par rapport aux autres, pourquoi ne bougeraient-ils pas sur un crâne vivant ?

SUTHERLAND conçoit alors le mouvement respiratoire primaire qu'il compare à un mouvement rythmique harmonieux des os du crâne, en liaison directe avec le LCR, les membranes de tension réciproque intra-crâniennes (dure-mère, faux du cerveau et tente du cervelet) (figure 16) et le sacrum, le tout étant animé par une "étincelle de vie" qui reste alors à découvrir. Il qualifie ce mouvement de respiratoire car il est rythmique comme la respiration pulmonaire, et de primaire, car pour lui c'est de ce MRP que dépend le bon fonctionnement de l'organisme. (Le MRP est de plus décrit aujourd'hui comme existant pendant la vie fœtale, donc avant la respiration pulmonaire).

SUTHERLAND commence à percevoir ce mouvement en posant les mains sur les crânes de ses patients : il le décrit comme ayant une fréquence de 12 cycles par minute et totalement indépendant de la respiration pulmonaire. Hyperventilation ou apnée ne modifient pas sa fréquence, pas plus que l'effort ou le repos.

Il systématise alors sa découverte : il fait des études sur la forme des crânes, pensant que la morphologie externe de la tête reflète les tensions intra-crâniennes. Cela l'amène à créer sur lui-même des contraintes au MRP (à l'aide d'un casque à expérimenter) et à en relever les effets. Il développe ensuite toute une série de manœuvres, basées sur la fluctuation du LCR, qui le soulagent des douleurs induites

par son casque. Il commence alors à traiter avec succès diverses pathologies chez ses patients.

Après de longues années d'isolement et d'incompréhension, d'autres ostéopathes prirent enfin le relais de sa théorie pour la développer (notamment FRYETTE, ou Harold MAGOUN avec « Osteopathy in the cranial field »).

2. UTILISATION DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE : LA THERAPIE CRANIO-SACREE [20 ; 36 ; 42]

a. La motilité du SNC

Toutes les structures nerveuses nobles de l'organisme (diencéphale, cervelet, bulbe rachidien et moelle épinière) sont incluses avec le LCR (liquide protecteur et alimentaire) dans la dure-mère que l'on peut considérer comme un ballon de baudruche rempli d'eau. Non élastique, mais souple et déformable, elle s'insère sur la face interne de tous les os du neuro-crâne et envoie des expansions horizontales (chez l'homme) appelées **tente du cervelet**, des expansions sagittales verticales appelées **faux du cerveau** et **faux du cervelet**, qui compartimentent le crâne en 4 fosses, 2 cérébrales et 2 cérébelleuses (figure 16).

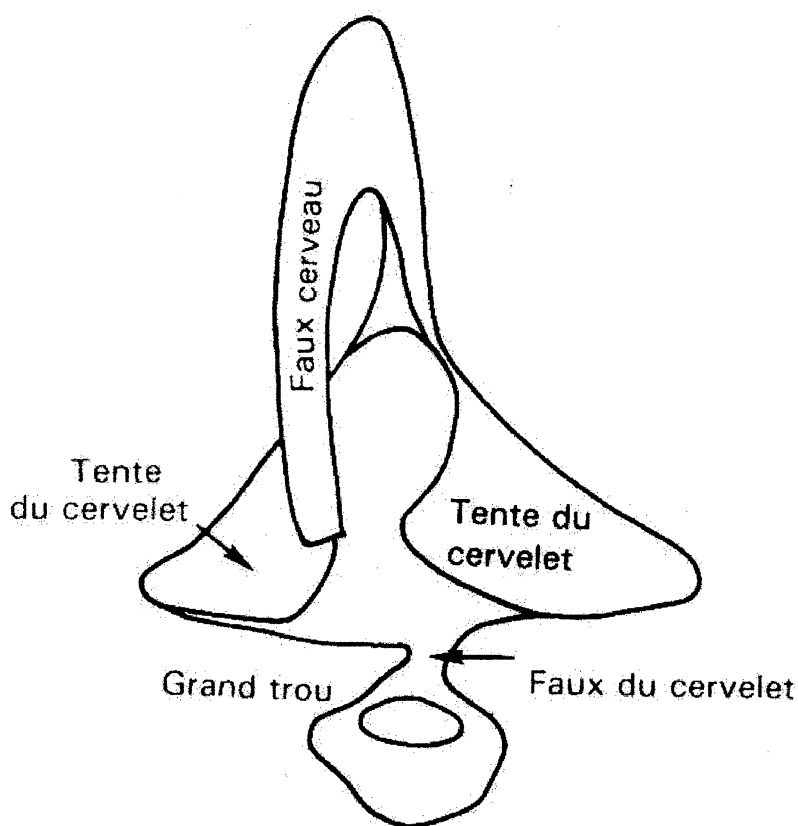


Fig.16 : Les membranes de tension réciproque, chez l'homme, d'après [43].

En sortant par le trou occipital, la dure-mère engaine la moelle épinière en un manchon. Ce manchon ne présente aucune insersion osseuse, sauf sur le corps vertébral de C1 et C2 (chez le chien) d'une part, et sur le sacrum en une solide insertion d'autre part. Cette dure-mère fibreuse est donc entourée d'un cadre osseux,

sur lequel elle s'insère uniquement au niveau du neuro-crâne et du sacrum, d'où l'appellation **crânio-sacrée** de cette thérapie.

Pour les ostéopathes, le système crânio-sacré peut être comparé à un système hydraulique semi-fermé (figure 17).

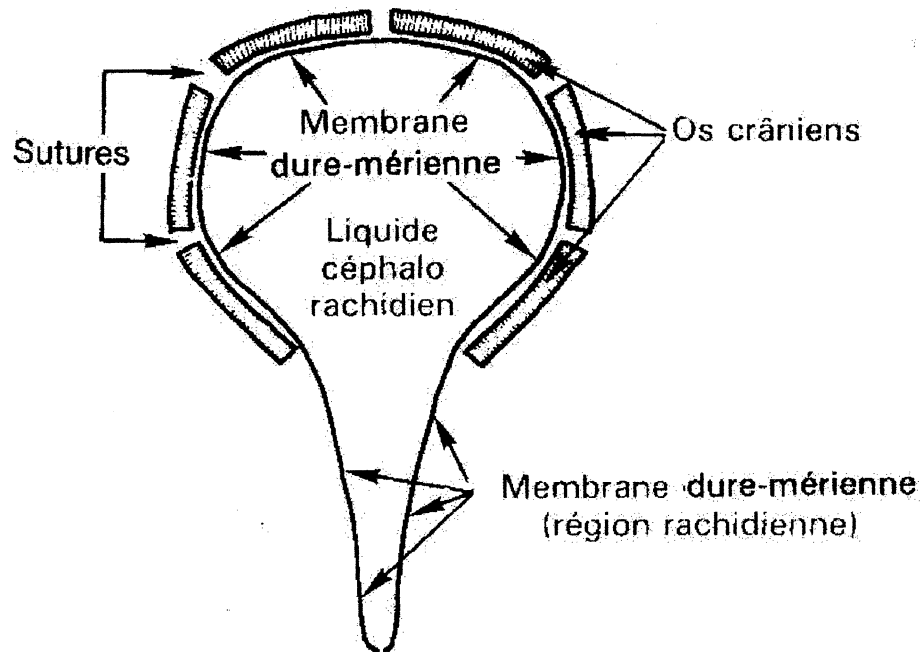


Fig.17 : Système hydraulique semi-fermé du liquide céphalo-rachidien et de la membrane dure-mérienne, d'après [43].

Tout le réseau dure-mérien est appelé **membranes de tension réciproques** car elles sont continuellement sous tension dans ce cadre semi-fermé. Aussi toute mobilité ou contrainte, donc toute augmentation de pression à un endroit donné de cette structure, va instantanément mettre tout le reste du cadre en adaptation. On comprend donc comment peut se propager le MRP et comment il est perceptible à la surface du crâne. Reste à comprendre l'origine du MRP.

La fluctuation de la pression du LCR, passant de 12 à 15 cm d'eau, serait due à la contraction rythmique des cellules de la névroglie : ces cellules se contractent de manière autonome à une fréquence de 8 à 14 par minute. Cette mobilité inhérente au cerveau est classiquement comparée à une méduse qui se dilate et se contracte rythmiquement. Cette fluctuation liquidienne va donc amener la partie dense du système crânio-sacré à se mobiliser. Chaque pièce osseuse est ainsi porteuse d'une mobilité lui étant propre, et qui répond au cahier des charges imposé par ses sutures et ses axes de mobilité. Ne serait-ce pas d'ailleurs le MRP qui serait à l'origine de cette construction suturale, la fonction créant alors la structure ?

La respiration crânio-sacrée est facilement enregistrable par une main expérimentée [42]. Celle-ci arrive à faire un diagnostic quantitatif mais également qualitatif de cette mobilité. Si le mouvement est libre, ample et régulier, il signe la bonne santé générale et la vitalité. A l'inverse, il peut être lent (le rythme optimal est, chez l'homme, de 10 à 14 cycle par minute), restreint, parfois bloqué (le crâne est perçu "dur"). L'amplitude (perçue très démultipliée par l'ostéopathe) varie chez un individu au MRP normal de 12 à 15 micromètres (selon STEELE, cité par L. et M. ISSARTEL [20]) : ce mouvement est donc infiniment petit comparé au battement du cœur et à la respiration pulmonaire, mais infiniment grand par rapport aux capillaires et cellules du cerveau.

En résumé, le cerveau est animé d'un mouvement intrinsèque qui entraîne une fluctuation ondulatoire du LCR et un balancement des membranes de tension réciproque. Les os du crâne et le sacrum suivent le mouvement.

La sensibilité proprioceptive exercée, affinée de l'ostéopathe permet un enregistrement du MRP, ceci à quelque niveau que ce soit du cadre osseux semi-fermé, mais également partout ailleurs sur le corps, en des endroits qui ne sont pas en relation directe avec les membranes de tension réciproque : le MRP peut donc franchir la barrière méningée et se propager partout dans l'organisme. Cette propagation vers les extrémités du corps est permise par les **fascias**.

b. Fascias et MRP

Les fascias appartiennent au groupe tissulaire le plus abondant de l'organisme : le tissu conjonctif qui, comme son nom l'indique, crée la conjonction, la cohésion de l'ensemble des tissus, des organes. Les fascias servent de doublure pour chaque muscle, chaque tendon, chaque os, chaque viscère... Ils permettent également le lien d'un viscère à un autre, d'un viscère à un os, d'un os à la dure-mère... Les tissus conjonctifs maintiennent les articulations (par les tendons, ligaments, capsule articulaire), séparent les muscles (par les aponévroses), suspendent les viscères, regroupent dans un même sac tissulaire plusieurs viscères, comme le péritoine au niveau abdominal ou la plèvre au niveau thoracique. Ils servent de tissu de soutien pour la vascularisation et l'innervation de certains organes, comme le mésentère au niveau intestinal.

Le fascia : pluriel ou singulier ? Appellations générique comme tendon, ligament, aponévrose, membrane ; ou appellation spécifique comme péritoine, mésentère, épiploon, dure-mère, faux du cerveau, tente du cervelet, etc., cachent ou font oublier leur **continuité**. Plus ou moins fibreux, plus ou moins élastique, plus ou moins lâche et liquide selon sa fonction, il est sans rupture [20].

Les fascias séparent les organes, les tissus, les cellules et en même temps les relient par leur continuité : c'est une sorte de tissu sans fin (s'il est en bonne intégrité) qui accompagne les mouvements de tous les organes.

Pour l'ostéopathe, les fascias sont le terrain de chasse des dysfonctions : suite à un choc, les dysfonctions s'y expriment en tension de fibre, en restrictions de mouvement, en déformation globale de la trame tissulaire qui lui apparaît à la palpation voilée, faussée. Cette trace exprime la "mémoire tissulaire" de l'énergie absorbée et se perçoit comme l'empreinte d'un coup de poing dans un sac de sable. En apparence, le sac n'est pas déformé, mais la palpation fine permet de percevoir la direction du traumatisme, de sentir la zone qui a cédé sous l'onde de choc et, diamétralement opposée, une zone où le sable est plus tassé, la toile plus tendue, manifestation ultime de l'agression mécanique brutale [36].

Les fascias, comme tissu conjonctif, assurent trois grands rôles bien connus [36] :

→le rôle mécanique de protection, de soutien, d'appui. Ils protègent et enveloppent tous les organes, toutes les glandes, toutes les voies de communication nerveuses et vasculaires

→le rôle de défense : après une agression, il assure la manifestation défensive qu'est l'inflammation

→la cicatrisation et avec elle la fibrose qui s'accompagne fréquemment d'adhérences responsables d'irritations chroniques, de spasmes douloureux, de déformations d'organes...

Outre ces trois rôles, des recherches menées par SPERANSKY puis FOWLER *et al.* (cités par L. et M. ISSARTEL [20]) montrent qu'il existe une continuité entre le LCR, la lymphe et le liquide qui baigne les fibrilles de collagène des fascias. Le LCR n'est pas stagnant, mais est produit en permanence dans les ventricules cérébraux et est résorbé par la paroi méningée.

Or c'est ce liquide qui peut transmettre le micromouvement ondulatoire du LCR perceptible par l'ostéopathe partout sur l'organisme.

Selon Francis LIZON [28], le MRP est un mouvement en deux phases, un flux et un reflux, qui se reproduit 10 à 15 fois par minute et qui anime tous les tissus solides et liquides de l'organisme ; il est perceptible à la surface du corps ou à la préhension des membres. Il se manifeste par des oves régulières dessinées dans l'espace lorsque la main palpe en symétrie transversale (de chaque côté du rachis) ou par un mouvement linéaire de va-et-vient si la main palpe sur la ligne sagittale du dessus ou du dessous. Ces oves sont régulières et symétriques uniquement en cas d'équilibre physiologique des tensions du système crânio-sacré (figure 18).

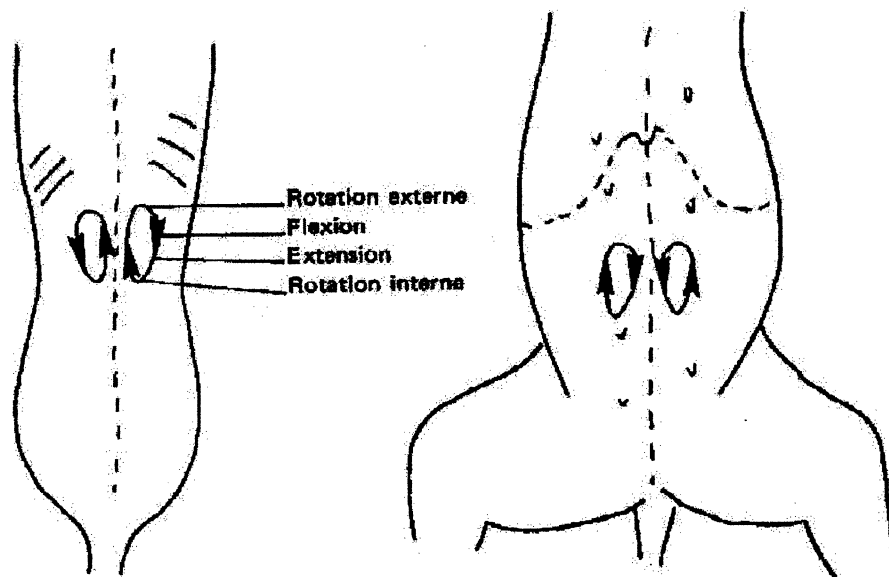


Fig.18 : Représentation de la perception du MRP chez le chien dans la zone lombaire ou abdominale, et indication des termes appliqués aux différentes parties de l'ove, d'après [28].

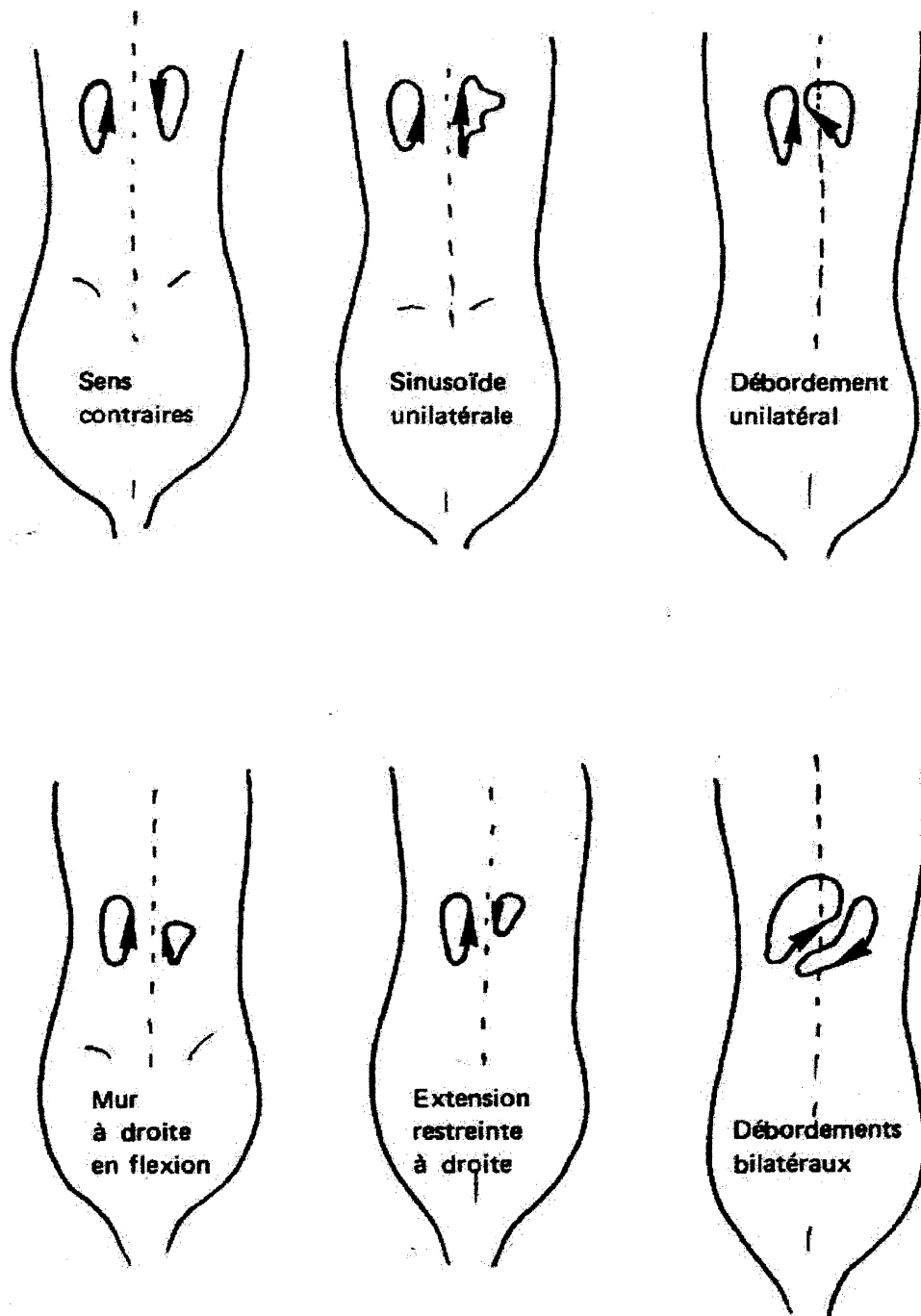


Fig.19 : Quelques anomalies du MRP du chien prises aux fascias lombaires, d'après [28].

c. Traitements crânio-sacrés

La perception de ce "mouvement de vie" va permettre à l'ostéopathe de diagnostiquer et de traiter ses dysfonctions.

Les techniques de traitement crânio-sacré seront détaillées dans le paragraphe suivant. Disons simplement que dès qu'il y a un déséquilibre structurel dans l'organisme, et même un trouble organique grave, la figure de l'ove décrite ci-dessus se déforme (figure 19) : elle se tord comme si elle souffrait, elle devient irrégulière dans sa forme, son ampleur et sa vitesse ; chacune d'entre elles deux est dissymétrique par rapport à l'autre. La constatation de ces déformations est à la base du diagnostic par les fascias [28].

Chez nos animaux domestiques, s'il est évident que la quadrupédie engendre des conséquences biomécaniques majeures par rapport à ce qui existe chez l'homme (qui possède une vraie colonne vertébrale, par opposition au "pont vertébral" des animaux), il n'en reste pas moins que les sensations perçues par les ostéopathes sur les animaux sont du même ordre que celles perçues chez l'homme, à quelques nuances d'espèces près. Les caractéristiques du MRP du chien se rapprochent de celles de l'homme. La difficulté tient au fait que capter le MRP nécessite un certain calme qui est difficile à obtenir chez certains patients [11].

B. DIFFERENTES TECHNIQUES OSTÉOPATHIQUES

Chaque type de techniques ostéopathiques allie à la fois les **tests ostéopathiques** (qui permettent de détecter et de caractériser la ou les dysfonctions), aux techniques de traitement de ces dysfonctions ou **techniques de normalisation**. D'une manière générale et quelle que soit la technique choisie, la démarche procédera d'abord d'un test, puis du traitement de la dysfonction, puis à nouveau un test pour évaluer l'effet immédiat du traitement.

Rappelons qu'une dysfonction ostéopathique est uniquement fonctionnelle : c'est une restriction de mobilité. Les tests ostéopathiques auront pour objectif de déceler ces restrictions de mouvement, des plus flagrantes aux plus infimes ; les techniques de normalisation permettent d'aider l'organisme à retrouver une liberté de mouvement, sinon physiologique, du moins plus importante et moins douloureuse.

1. LES TESTS OSTÉOPATHIQUES [9 ; 36]

Ces tests font appel à différents niveaux de toucher.

a. Les tests de position

Ces tests permettent de mettre en évidence les différences anatomiques par rapport à la normale, donnent un aperçu du schéma postural et des déformations locales, mais ne préjugent pas de l'existence de dysfonctions.

La main suffisamment entraînée peut déceler un certain nombre de contractures musculaires, les modifications des fascias, ceci dans différentes positions de l'animal pour exclure les tensions dues à la posture.

Une chaleur locale excessive signe une hypervascularisation locale (donc une inflammation possible, surtout si la zone est rouge et douloureuse). Au contraire, une zone froide exprime une baisse locale de la circulation de surface.

b. Les tests passifs ou actifs ou tests de mobilité

Ces tests permettent d'apprécier le degré de liberté dans tous les plans de l'espace et les douleurs provoquées lors de la mobilisation non seulement des articulations mais aussi d'un quelconque organe par rapport aux os et aux muscles ou aux autres organes voisins.

Ces tests sont dits passifs lorsque l'ostéopathe mobilise lui-même la région qu'il veut tester (un membre ou une portion de colonne vertébrale par exemple). Ils sont dits actifs lorsque le patient participe de façon active, ce qui est aisé avec un patient humain mais beaucoup plus délicat à envisager avec les animaux ! Cependant, certains attouchements provoquent régulièrement la même réaction qui peut servir de test (par exemple l'extension du postérieur d'un chien vers l'arrière entraîne un retrait et un repos du membre qui permet de tester l'articulation sacro-iliaque).

Tests de position et tests de mobilité mettent en jeu le **toucher traditionnel** et permettent d'effectuer le **bilan structurel**.

c. Les tests de motilité ou analyse des micromouvements

Une fois le bilan structurel réalisé, l'ostéopathe peut être amené à déceler des troubles beaucoup moins flagrants. Des membranes, des groupes de fibres conjonctives peuvent souffrir, irritant des nerfs, comprimant des artéριοles et des veinules. Ces dysfonctions ne peuvent être mises en évidence que par une **palpation beaucoup plus fine**.

De même les mouvements propres aux organes : leurs mouvements en rapport avec la respiration pulmonaire, un péristaltisme accentué ou diminué, constituent autant d'éléments d'appréciation dont l'ostéopathe tient le plus grand compte [36].

d. Les tests faisant intervenir le toucher proprioceptif (figure 20)

Ce toucher sera utilisé pour les tests crânio-sacrés, fasciaux et fonctionnels. Ces deux derniers sont les tests les plus globaux qui permettront d'explorer les grandes zones de l'organisme.

L'ostéopathe utilise ici sa main "qui voit, qui sent et qui pense" (SUTHERLAND). Le toucher proprioceptif permet de percevoir le MRP, ce micromouvement crânio-sacré qui semble partir du cerveau comme une onde liquidienne et se propager *via* les fascias, et permet d'évaluer avec une précision surprenante les zones de perturbation qui traduisent une souffrance des tissus. La perception des modifications les plus ténues de ce mouvement, tant au niveau crânio-sacré que fascial, va permettre d'apprécier :

→sa quantité : l'ostéopathe va chercher le mouvement dans l'espace qui se fait mal

→sa qualité : cette notion beaucoup plus subjective, dont la perception et l'appréciation ne cesse de s'affiner avec l'expérience, permet de caractériser une dysfonction, d'en déterminer l'importance par rapport à d'autres, son ancienneté, etc...

Ce test, le plus global de tous, va mettre en évidence des restrictions de tous ordres : crâniennes, vertébrales, musculaires, fasciales, viscérales.

Acquérir et affiner cette hypersensibilité tactile nécessite des années de travail et d'exercice.

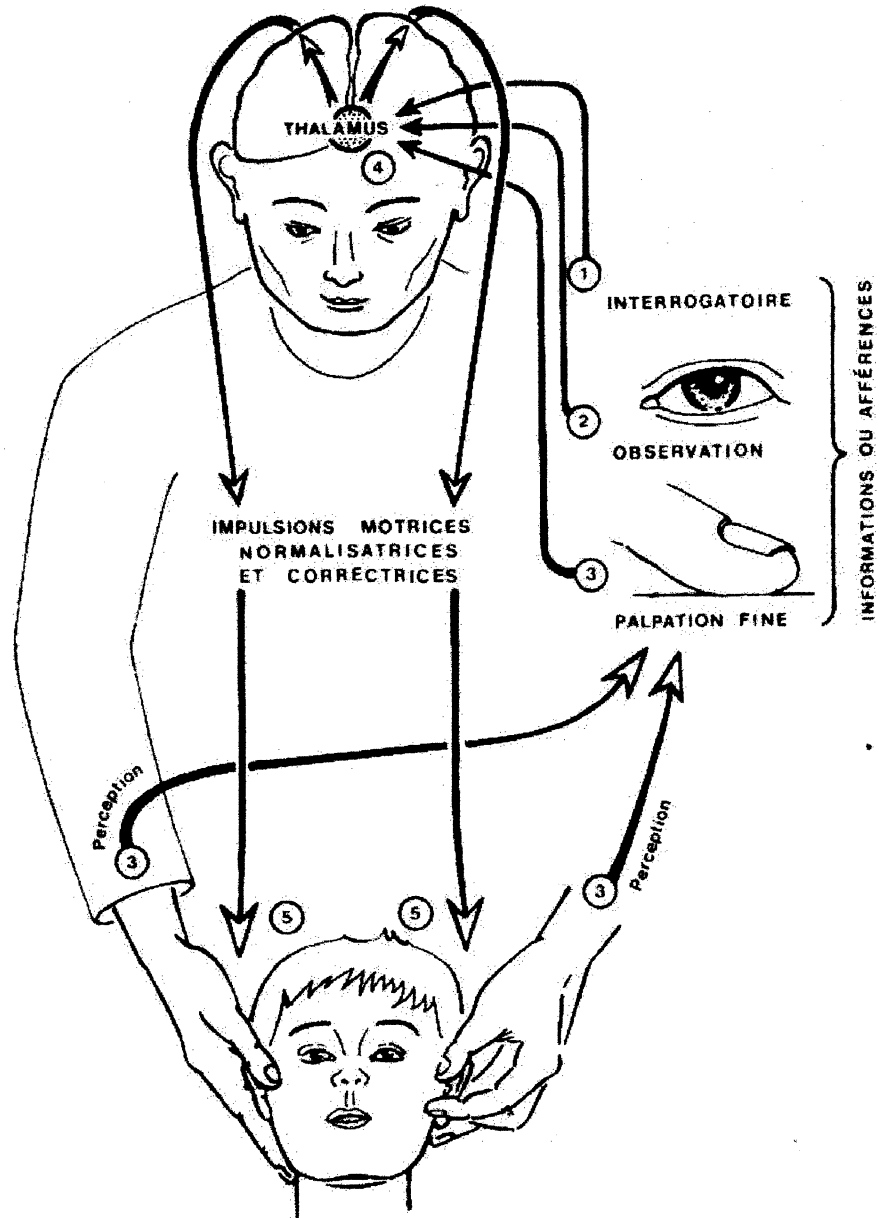


Fig.20 : La main "qui voit, qui sent et qui pense", d'après [36].

2. LES TECHNIQUES DE NORMALISATION

S'il existe des grands types de techniques facilement identifiables, d'autres sont beaucoup plus difficilement classables car leurs limites sont floues : il existe donc beaucoup de classifications possibles. Patrick CHENE [8] propose une classification selon :

→ le tissu ou le niveau d'énergie concerné en priorité

→ la façon d'agir : la manipulation est dite directe si elle va contre la restriction de mobilité, elle est dite indirecte si elle va dans le sens de la plus grande mobilité pour gagner dans le sens de la restriction.

a. Les techniques structurelles

Elles sont les plus connues, les plus spectaculaires et les plus anciennes.

Il est important de préciser d'emblée que le craquement qui accompagne parfois la manipulation (et qui correspond à la brusque libération dans l'espace synovial de gaz dissous), pour plaisant qu'il soit à l'oreille, n'est ni **obligatoire**, ni **gage de réussite** s'il se produit.

Ces techniques s'adressent aux mouvements des structures solides, c'est à dire aux articulations. Elles sont directes par nature : leur principe général est d'inverser dans l'espace les paramètres de la dysfonction pour "verrouiller" l'endroit où on veut agir puis de passer outre le blocage par un mouvement de faible amplitude et de grande vélocité : le thrust. Ces manœuvres ne sont **jamais forcées et toujours dans les limites de la physiologie** [36].

Ces techniques sont parfois difficiles à mettre en œuvre avec un animal peu coopératif : elles nécessitent un minimum de détente, de confiance réciproque.

L'effet réflexe est souvent immédiat, le spasme et la douleur régressent. Parfois il faut attendre quelques semaines que les effets de libération articulaires, musculaires et circulatoires puissent se rééquilibrer [36].

La jonction thoraco-lombaire du chien est très facile à normaliser par de telles techniques.

b. Les techniques myotensives

Comme leur nom l'indique, ces techniques vont mettre en jeu les muscles en utilisant des principes physiologiques musculaires.

L'action musculaire propre du patient auquel on demande un mouvement particulier est :

→ soit contrariée (méthode isométrique, la longueur musculaire est constante, la manipulation directe). A chaque contraction succède une relaxation musculaire automatique que l'ostéopathe utilise pour gagner du terrain en amplitude [36].

→ soit accompagnée (méthode isocinétique, la longueur musculaire varie, la manipulation est indirecte).

Ces techniques, qui demandent une participation active du patient, sont bien sûr difficiles à mettre en œuvre chez les animaux.

c. Les techniques fasciales (qui mettent en jeu les fascias)

Les fascias, ces "tissus-mémoire", sont appréhendés par une sensibilité très fine. Ils expriment les dysfonctions récentes et anciennes. L'ostéopathe les décèlera et tentera de les normaliser en accentuant les déséquilibres pour permettre, par réactions successives, de trouver un nouvel équilibre des tensions et une libre circulation des fluides [36]. On parle de **déroulement fascial** : l'ostéopathe se laisse guider par les tensions pour emmener les tissus dans le sens de la facilité.

Les techniques fasciales sont directes ou indirectes selon les dysfonctions à traiter.

d. Les techniques crânio-sacrées

Ce sont toutes les techniques qui utilisent le MRP. Malgré leur nom, elles sont applicables partout où se perçoit le MRP, c'est-à-dire sur tout le corps. Cependant, le crâne a une place de choix dans l'indication de cette thérapie, car aucune autre technique ne prétend sérieusement avoir une action à ce niveau [42].

Ces techniques ont pour but de relancer le MRP s'il est perçu arrêté en un endroit donné, ou de le normaliser s'il est perçu ralenti, affaibli (trop peu ample), asymétrique (figure 19).

L'ostéopathe peut normaliser les dysfonctions qu'il perçoit en influant lui-même sur le MRP.

Les techniques crânio-sacrées, très nombreuses, ne seront pas ici développées dans le détail.

e. Les techniques fonctionnelles [9]

Elles sont plutôt indirectes même s'il reste possible de les pratiquer en direct.

Elles supposent la perception du MRP de la structure à traiter, puis de le tester et le modifier dans le but de l'harmoniser :

→soit en l'immobilisant jusqu'à son point neutre jusqu'à obtenir une reprise du mouvement qui du même coup s'harmonise : c'est la méthode par arrêt (directe).

→soit par une exagération, l'accompagner dans son mouvement maximum et l'y bloquer afin d'obtenir de même une harmonisation : c'est la méthode par aggravation (indirecte).

L'harmonisation s'apprécie alors par la différence des sensations tactiles perçues avant et après la normalisation et celles habituelles de la zone considérée. Accompagnant l'harmonisation du mouvement survient une détente de la zone travaillée : le SNA a régulé son fonctionnement conjointement à la levée des dysfonctions.

Les techniques fonctionnelles peuvent également utiliser les mouvements induits par la respiration secondaire (pulmonaire).

f. Les techniques réflexes et techniques dérivées

Les techniques réflexes sont à relier à la métamérisation du SN sympathique : le massage de la zone cutanée concernée par un métamère peut permettre la normalisation de celui-ci.

Les techniques dérivées se rapprochent en particulier de l'acupuncture : ces deux disciplines abordent la santé d'une manière très semblable. Ainsi, poser une aiguille sur le point de tension maximum peut avoir le même effet qu'une manipulation (exemple de D13 et du point Yu paravertébral de l'estomac). Ainsi, certains aspects du raisonnement ou certaines techniques de l'acupuncture peuvent être importés vers l'ostéopathie [9].

g. Les techniques viscérales [42]

Elles sont très nombreuses. Nous ne les détaillerons donc pas toutes, mais simplement les deux principales.

Un viscère sert de support à bien des mobilités :

→la mobilité due à la respiration ventilatoire : le diaphragme entraîne dans son mouvement les viscères qui subissent un brassage, un massage à chaque

inspiration. Ceci se produit environ 15 fois par minute, soit plus de 20.000 fois par jour, et permet aux liquides de l'organisme de mieux se mouvoir, de ne pas stagner, améliorant ainsi le métabolisme viscéral. Ce mouvement évite aussi aux organes d'adhérer les uns aux autres.

→ la mobilité crânio-sacrée, par l'intermédiaire des nombreux fascias (vecteurs du MRP) qui unissent les viscères les uns aux autres.

→ la motilité viscérale propre.

Un défaut de mobilité viscérale peut donc avoir pour origine :

→ un défaut de fonctionnement du diaphragme

→ un problème fascial (adhérences par exemple)

→ un défaut de motilité propre

→ mais aussi bien sûr une origine plus lointaine par le jeu des chaînes lésionnelles et des segments facilités.

Certaines techniques ostéopathiques permettent aux viscères ou aux fascias de recouvrer une mobilité, parfois appelée "articulation viscérale" (J.-P. Barral et P. Mercier, cités par G. SUEUR [42]), qui peut être normalisée comme n'importe quelle articulation.

&. Les manœuvres directes

Elles consistent à mettre en tension le viscère et à le mobiliser par un toucher doux. Spasmes, adhérences ou ptoses (malposition d'un organe) vont pouvoir être levés ou voir leur conséquences amoindries.

β. L'induction

L'induction de J.-P. BARRAL et P. MERCIER (cités par G. SUEUR [42]) est une manœuvre proche des techniques fasciales mais qui intègre en plus la motilité propre du viscère. Il suffit à l'ostéopathe de poser sa main en regard du viscère à induire, de tester puis d'influer sur la motilité propre de l'organe pour la normaliser.

Cette technique vient chronologiquement après les manœuvres directes.

Sans se prétendre exhaustive (certaines méthodes particulières, plus précises, plus élaborées, ou qui associent plusieurs techniques, portent par exemple le nom de leurs inventeurs : techniques d'énergie musculaire de Fred MITCHELL, les normalisations de SUTHERLAND, les techniques d'équilibre et d'échanges réciproques de Rollin E. BECKER, etc.), cette liste nous a permis d'aborder les principaux types de techniques associées à différents niveaux de toucher et à différents types de mobilité.

Au cours d'une séance, et même pour une manipulation, l'ostéopathe pourra utiliser successivement plusieurs de ces techniques. Quelle que soit le choix de la technique, le but est de lever les dysfonctions, donc de normaliser le fonctionnement du SNA qui gère le tonus musculaire, d'où un effet postural et un effet sur les contractures réflexes et sur le fonctionnement des viscères.

On pourrait penser *a priori* que les pathologies gastriques n'impliqueraient l'utilisation que des techniques viscérales. Mais nous avons vu que le bilan ostéopathique se doit d'être global. Or rares sont les tableaux où seul l'organe concerné par les symptômes porte une(des) dysfonction(s). Par le jeu des chaînes lésionnelles adaptatives, des segments facilités, ou encore de la manipulation des points d'acupuncture, toutes les techniques sont susceptibles d'être utilisées dans le but de normaliser un estomac.

C. DEROULEMENT DE LA CONSULTATION OSTÉOPATHIQUE [9 ; 11]

1. LA CONSULTATION ELLE-MEME

Si la palette de techniques disponibles est, bien sûr, identique pour tout ostéopathe, le déroulement de la consultation et le choix des tests diagnostiques et des techniques de normalisation est intimement dépendant de l'ostéopathe, en fonction de ses habitudes et de sa sensibilité, mais également de l'animal à traiter, selon son tempérament, sa pathologie, ses résistances. Son choix ira vers celles qui lui semblent les plus appropriées pour relancer les processus d'homéostasie, ceci dans le respect du patient.

Il convient dans un premier temps, par un examen clinique classique rigoureux, le recueil de l'anamnèse et des commémoratifs, d'écartier une pathologie où une atteinte des **structures** serait prépondérante : un traitement classique, médical allopathique ou chirurgical, s'impose alors (exemple d'une tumeur gastrique nécessitant une excision chirurgicale, d'une gastrite aiguë due à l'ingestion d'un toxique). L'ostéopathie s'adresse aux cas où le **fonctionnement** de l'organe est défaillant, avec ou non modifications réversibles de la structure induites par ce défaut de fonctionnement. Selon le principe d'autogénération, elle aide alors l'organe et l'organisme dans son ensemble à retrouver leur état d'équilibre : l'homéostasie.

Puis il faut **dans tous les cas** réaliser un diagnostic ostéopathique global ("du bout du museau au bout de la queue") et ne surtout pas s'arrêter aux seuls organes concernés par les symptômes : ceux-ci peuvent n'être que l'aboutissement du déroulement d'une chaîne lésionnelle qu'il faudra remonter pour traiter la (les) dysfonction(s) primaire(s).

En toute rigueur, il faudrait dans un premier temps réaliser un diagnostic ostéopathique complet avant de corriger les dysfonctions décelées dans un deuxième temps seulement (en commençant par les dysfonctions primaires, puis les secondaires). En pratique, selon Patrick CHENE [8], étant donné que tests et manœuvres correctrices sont de même nature, il est possible de traiter une dysfonction dès son diagnostic. En outre, la façon dont elle se corrige permet à l'ostéopathe exercé de déterminer s'il s'agit d'une dysfonction primaire ou secondaire.

2. SUITES DE LA CONSULTATION

a. Effets immédiats

Selon le type de techniques utilisées, on peut assister à un effet de type sympathicotonique (excitation) pour les techniques structurelles en particulier, ou au contraire parasympathicotonique (calme, relâchement) pour les techniques fonctionnelles par exemple : il est alors courant d'observer un animal plutôt stressé en début de consultation (excitation, salivation, polypnée, inquiétude), se détendre peu à peu, se relâcher, soupirer profondément, voire fréquemment bailler avant la fin de la manipulation.

b. Effets bénéfiques

Il faut considérer la guérison au sens ostéopathique comme une évolution d'un état pathologique vers un nouvel état d'équilibre qui sera soit l'état normal ou homéostatique (la cure ostéopathique est alors considérée comme terminée) soit un état de mieux-être mais pas de totale guérison (la cure n'est pas à son terme). Cette évolution entre ces deux états, permise par la levée de toutes ou partie des

dysfonctions, peut être plus ou moins rapide selon la pathologie et l'animal concernés. Les effets bénéfiques commencent à se manifester parfois immédiatement après la manipulation, parfois de façon différée (jusqu'à 3 à 4 jours), et se prolongent ensuite pendant une période variable, comme si la levée d'un nœud permettait à l'organisme (selon le principe d'autoguérison) d'en lever lui-même d'autres verrouillés par le premier. En moyenne, un délai raisonnable de 2 semaines peut être envisagé avant la fin des effets d'une manipulation. Toutefois, ce délai peut varier considérablement selon les animaux, de quelques heures à plusieurs mois pour les cas les plus extrêmes.

c. Effets secondaires

Les effets secondaires les plus fréquemment rencontrés sont :

→ une période d'hyperexcitation ou contraire de calme inhabituel de quelques heures, voire 1 ou 2 jours.

→ une aggravation passagère des symptômes de 24 à 48 heures avant d'observer leur rémission.

→ l'apparition d'autres symptômes qui peut s'expliquer par le fait que la levée de certaines dysfonctions permet l'expression d'autres dysfonctions "masquées" par la première.

→ l'apparition de courbatures dans les heures qui suivent et pendant 2 à 3 jours. (L'administration en fin de séance d'une dose d'*Arnica montana* 10.000K-remède homéopathique- permet d'atténuer ce phénomène).

3. Cas particulier des troubles gastriques

Quelle que soit la pathologie, la consultation ostéopathique se déroule de façon identique : le bilan ostéopathique se doit d'être toujours global, jamais parcellaire (jamais orienté par les symptômes).

Seul le siège des dysfonctions variera d'un animal à l'autre, d'une pathologie à l'autre (pour les dysfonctions associées aux troubles gastriques, voir 3me partie II 1 b "diagnostic ostéopathique des troubles ostéopathiques").

II. QUELQUES CAS CLINIQUES

A. CRITERES RETENUS ET PROTOCOLE CHOISI

1. CRITERES RETENUS

a. Motif(s) de la consultation, commémoratifs et anamnèse

Les critères cliniques retenus sont les symptômes d'une affection gastrique chronique. Le plus souvent, il s'agit de vomissements de nature alimentaire ou non intervenant de façon régulière ou non depuis plusieurs semaines au moins, et ceci sans altération majeure de l'état général. Le cas le plus typique est celui du chien qui "se purge" 2 à 3 fois par jour en ingérant de l'herbe.

Le recueil de l'anamnèse et des commémoratifs permet de connaître les circonstances d'apparition des troubles, si l'animal a déjà présenté par le passé de tels épisodes, si un diagnostic avait alors été posé, si d'éventuels traitements ont déjà été tentés et avec quel(s) résultat(s).

Les troubles gastriques peuvent être le motif principal de la consultation ou être révélés à l'occasion de la consultation (par exemple consultation vaccinale, ou chien présenté initialement pour boiterie).

b. Diagnostic de l'affection gastrique

&. Diagnostic classique

Il s'agit du diagnostic différentiel des vomissements chroniques.

En fait, nous l'avons vu, le diagnostic des troubles fonctionnels de l'estomac est un diagnostic d'exclusion, car un diagnostic positif nécessiterait un matériel inaccessible en pratique courante (permettant la réalisation d'un gastromyogramme).

β. Diagnostic ostéopathique

En présence de troubles gastriques, l'ostéopathe décèlera des dysfonctions ostéopathiques sur des organes en relation directe avec l'estomac ou à distance de celui-ci. Ces sites où peuvent sieger des dysfonctions sont :

→ au niveau viscéral :

- l'estomac lui-même
- le foie, le pancréas, la rate, organes voisins
- le médiastin, où chemine l'œsophage

→ au niveau musculaire : le diaphragme, puissant muscle respiratoire qui entraîne l'estomac dans son mouvement rythmique de va-et-vient

→ au niveau ostéo-articulaire :

- dernières vertèbres dorsales (en pratique essentiellement D13) où siège, en acupuncture, le point YU para-vertébral de l'estomac.
- la zone du calcaneum, point clé du méridien estomac en acupuncture (St41) (figure 21).

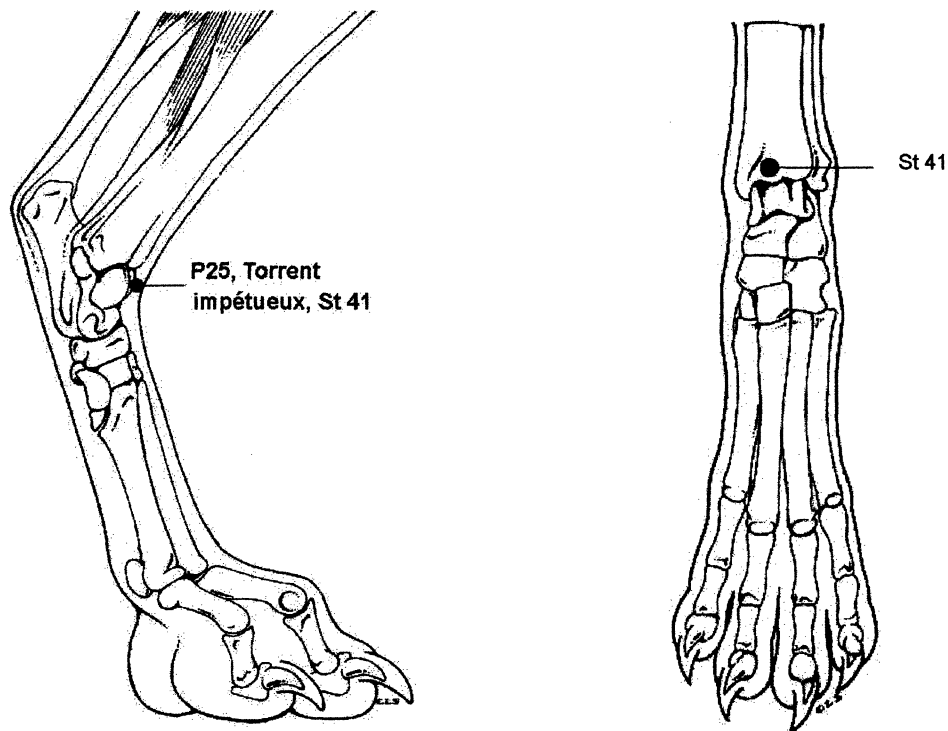


Fig.21 : Point d'acupuncture St 41, vu de face et de profil, situé sur la zone du tarse, d'après [14].

Ces sites ne seront bien sûr généralement pas tous concernés chez un même patient (et ne seront pas les seuls non plus !). Il est fréquent par exemple, que lors d'une visite de contrôle ne subsistent plus que des tensions aux extrémités des membres (ici dans la zone du jarret).

2. PROTOCOLE THERAPEUTIQUE ET SUIVI

a. Traitement uniquement ostéopathique *a priori* (et un traitement homéopathique complémentaire éventuel).

La première visite se compose d'un examen clinique classique suivi de la consultation ostéopathique.

Des examens complémentaires (hématologiques, biochimiques, coproscopiques) sont éventuellement réalisés.

b. Visite de contrôle 2 à 4 semaines après

Cette visite permet :

- d'apprécier les effets de la première manipulation
 - du point de vue du propriétaire
 - du point de vue de l'ostéopathe
- de déterminer alors si la cure ostéopathique peut être considérée comme terminée ou s'il convient de la prolonger
- éventuellement de contrôler l'évolution de certains paramètres sanguins.

B. PRESENTATION DES CAS

1. DERBY, CANICHE MOYEN ADULTE FEMELLE

→ Présentée une 1^{ère} fois à la consultation pour cervicalgie et vomissements, elle présente alors des dysfonctions au niveau :

- de l'articulation occiput/C1
- des vertèbres C4, D13 et de la jonction lombo-sacrée S/L7
- du **tarse** (point d'acupuncture St41).

La rémission est totale 10 jours après la manipulation.

→ 6 mois plus tard, elle revient pour vomissements réguliers depuis une semaine n'ayant pas répondu à différents traitements (vermifuge, antibiotique, antispasmodique).

- les dysfonctions en D13 et du **tarse** sont de nouveau présentes
- trois autres sont décelées au niveau d'un temporal, en C7 et L4.

Les vomissements s'interrompent dès le lendemain de la séance.

→ 8 mois plus tard encore, Derby souffre de nouveau de vomissements fréquents intervenant peu de temps après les repas et en dehors de ceux-ci, et ce depuis une semaine. Sont cette fois-ci révélées :

- la dysfonction en D13, ainsi qu'en C7
- une dysfonction occipitale
- une dysfonction de la jonction lombo-sacrée.

La rémission a lieu dans la journée.

→ 6 mois plus tard, à la suite d'une piroplasmose, Derby présente un épisode de vomissements incoercibles malgré un traitement depuis une semaine à base de cholagogues et d'antispasmodiques. Sont alors présentes les dysfonctions suivantes :

-D13 et L5

-occiput

-fibula.

La rémission a lieu en 24 heures.

Le cas de Derby nous montre d'une part la persistance de la dysfonction en D13 et la fréquence d'une dysfonction tarsienne accompagnant une fragilité gastrique, sans que l'ostéopathe puisse déterminer avec certitude dans le cas de D13 si c'est la dysfonction vertébrale qui provoque la pathologie gastrique ou l'inverse, et d'autre part la rémission parfois très rapide observée après une séance d'ostéopathie. De plus on peut s'apercevoir que d'autres dysfonctions que celles directement liées aux troubles gastriques sont à chaque fois présentes : cela montre que bien des dysfonctions sont d'expression inapparente ou infra-clinique, et évolueront spontanément soit vers la guérison, soit vers l'aggravation et l'expression clinique.

2. GASTON, CHAT EUROPEEN FEMELLE DE 3 MOIS

Cachectique, cette petite chatte présente des vomissements un quart d'heure après chaque repas et en dehors des repas depuis plusieurs semaines déjà. Un diagnostic de mégacœsophage a été posé suite à un transit baryté (la radiographie montre en effet une petite dilatation œsophagienne). Des dysfonctions sont trouvées :

-sur l'atlas, et les vertèbres C7, **D13**, L5 et la jonction lombo-sacrée.

-au niveau de la symphyse sphéno-basilaire (ou SSB).

Dix jours plus tard, la rémission est presque totale (seuls persistent des vomissements ponctuels en dehors des repas). Gaston a déjà pris du poids.

Seules persistent une dysfonction occipitale, une dysfonction du diaphragme et de la fibula.

3. BERGERE, CHIENNE HUSKY ADULTE

Elle présente une boiterie à l'antérieur droit pour laquelle l'examen clinique classique et les radiographies n'ont rien révélé. Bergère souffre aussi, accessoirement, d'une mauvaise haleine et de vomissements relativement fréquents (environ une fois tous les deux jours, après un repas).

Des dysfonctions sont présentes :

-sur l'atlas

-une grosse dysfonction de C5 à D2, à mettre en rapport avec la boiterie

-une dysfonction en **D13**

-une sur la fibula droite, une autre sur le **tarse** droit.

→2 semaines plus tard, Bergère montre une amélioration estimée à 60% par son propriétaire, tant pour la boiterie que pour l'halitose et les vomissements. Mais elle souffre d'une raideur du cou. Persistent la grosse dysfonction de C5 à D2 et la celle de la fibula droite. D13 n'est plus en dysfonction.

→2 semaines plus tard encore, la grosse dysfonction cervico-dorsale a quasiment disparu, une petite dysfonction en **D13** a réapparu, vomissements et halitose ont complètement disparu.

Le cas de Bergère montre comment l'expression d'une dysfonction peut évoluer après manipulation (de la boiterie on est passé à une raideur du cou), et surtout comment l'ostéopathie, grâce à son approche globale du patient, permet de traiter des symptômes qui ne sont apparemment pas reliés à la pathologie principale (en l'occurrence la boiterie), si ce n'est qu'ils sont présentés par le même animal !

4. LEA, BERGER ALLEMAND FEMELLE DE 5 MOIS

Cette jeune chienne est présentée en consultation car elle souffre d'halitose, d'un manque d'appétit, et montre de plus une plaque de poils en mauvaise santé (ternes, secs, cassants) sur la ligne du dos entre D13 et L5.

Les dysfonctions révélées sont situées :

- sur les vertèbres C7, **D13**, L5 et la jonction lombo-sacrée
- sur les **tarses** droit et gauche
- sur le doigt externe du postérieur droit.

Deux semaines plus tard, seules les dysfonctions en C7 et **D13** persistent, une autre est apparue sur l'occiput. L'appétit a augmenté, l'haleine est moins forte, le poil est un peu mieux.

On voit chez Léa le lien qui peut exister entre troubles digestifs (halitose, dysorexie) et troubles cutanés dans la zone de D13.

5. MALICE, CHIENNE CROISEE DE 5 ANS

De tempérament "nerveux" et très inquiète depuis toujours, cette chienne moyenne (18kg) a subi un an auparavant un choc causé par une voiture au niveau du train arrière. Avant cet accident, elle ne présentait que de rares vomissements associés à une ingestion d'herbe. Un à deux mois après l'accident, est apparue une alopecie bilatérale symétrique avec érythème qui commença sur l'abdomen puis gagna rapidement les flancs et la croupe. Un traitement ayant associé manipulations ostéopathiques, traitement local et homéopathie a permis alors de tout remettre en ordre.

a. Première consultation

Malice souffre de vomissements bilieux (non alimentaire), surtout le matin, et ce de plus en plus fréquemment (1 à 2 fois par semaine, et parfois jusqu'à 2 à 3 fois dans la même journée). Ces vomissements semblent remonter à plus de 6 mois (en fait, peu de temps après l'accident), et leur fréquence semble globalement aller en augmentant.

L'examen clinique ne révèle rien de particulier et la coproscopie est négative.

Il s'agit très probablement d'un syndrome des vomissements bilieux.

L'examen ostéopathique révèle des dysfonctions:

- de l'os frontal
- vertébrales en D6, **D13** (en dysfonction de rotation à droite et de flexion), de la jonction lombo-sacrée et du sacrum lui-même
- tarsienne** à droite.

Suite à la manipulation, une dose d'*Arnica* 10.000K est administrée (pour limiter la survenue de courbatures) et est prescrit *Nux vomica* 9Ch, 3 granules/jour pendant 15 jours (pour faciliter et consolider l'effet des manipulations).

Des examens sanguins sont réalisés:

- la numération-formule ne révèle rien d'anormal
- la biochimie dévoile une augmentation des enzymes hépatiques (alanine-aminotransférase ou ALAT:98 UI/l et phosphatases alcalines ou PAL 214UI/l).

Il est décidé qu'aucun traitement allopatique à visée hépatique n'est mis en place, sauf si les symptômes devaient s'aggraver de façon inquiétante.

Dans les 3 jours qui ont suivi la consultation, Malice a vomi une fois par jour le matin à 8h30 précise. Puis aucun vomissement n'est survenu jusqu'au matin de la consultation.

b. Deuxième consultation (3 semaines plus tard)

Malice a présenté le matin même un vomissement alimentaire "à odeur de charogne" selon ses propriétaires. On a supposé que l'ingestion d'un aliment avarié a pu provoquer ce vomissement ponctuel.

L'examen ostéopathique révèle des dysfonctions
 -vertébrales sur: l'atlas, D7, **D13** (très légère)
 -au niveau de l'ilium gauche
 -et du **tarse** droit.

Aucun remède homéopathique n'est administré ni prescrit.

Un contrôle sanguin des enzymes hépatiques est réalisé: l'ALAT est alors dosée à 50UI/l, les PAL à 97UI/l. Elles ont toutes deux diminué, bien que les ALAT restent au-dessus de la valeur supérieure des valeurs usuelles (à savoir 30UI/l selon O.Rivière [34])

Trois mois après, un contact téléphonique nous permet d'apprendre que les symptômes ont totalement disparu.

6. CHÂBLIS, CROISÉ LABRADOR ET GRIFFON DE 6 ANS

De nature très anxieuse, ce grand chien (41kg) mâle castré, souffre d'une sévère atopie avec DAPP (Dermatite Allergique aux Piqures de Puces) qui a débuté vers l'âge de un an d'abord au début de l'été, puis qui peu à peu s'est exprimé toute l'année. Prurit, érythème et croûtes étaient principalement localisés aux ars, en zone sternale, en zone abdominale, aux aines et sur la croupe. Cette pathologie était contrôlée par une lutte draconienne contre les puces, des traitements locaux apaisants, une alimentation exclusivement sous forme de croquettes du commerce à base de viande blanche (repas administré le soir vers 20h/21h) et, lors des crises les plus importantes, l'injection d'une préparation de corticoïdes retardés (une à deux fois par an maximum).

La dernière vermifugation remonte à deux mois et a été effectuée avec du prazicantel.

Parallèlement aux symptômes cutanés, Châblis présente irrégulièrement des vomissements de nature alimentaire la nuit (d'un volume important, proche de la totalité du repas selon sa propriétaire) et au cours de la journée de nature bilieuse après ingestion d'herbe. Ces derniers temps, les vomissements sont plus fréquents la nuit (jusqu'à une à deux fois par semaine), et semblent également plus fréquents la journée (ceci est cependant difficilement estimable puisque Châblis est libre de ses mouvements autour de la maison de sa propriétaire, et donc pas en permanence sous sa surveillance).

L'examen clinique ne révèle rien de particulier. On peut penser à une gastrite chronique allergique associée à l'atopie.

Le diagnostic ostéopathique révèle des dysfonctions sur toutes les "ceintures ostéopathiques" :

- l'articulation occipito-atlantoïdienne
- la ceinture scapulaire
- la ceinture thoraco-abdominale (dont **D13**)
- la ceinture abdomino-pelvienne dont l'articulation sacro-iliaque.

Après traitement ostéopathique, une dose d'*Arnica montana* 10.000K est administrée, un traitement homéopathique de 15 jours est prescrit (dans le but de prolonger et de renforcer les effets des manipulations).

Les examens sanguins d'hématologie et de biochimie ne révélèrent rien d'anormal.

Dans les heures qui ont suivi la manipulation, Châblis a énormément dormi, et a peu mangé le soir même. Le lendemain, un craquement très important et inhabituel a été perçu comme provenant de la zone du dos au cours d'un jeu tout à fait banal : la cure ostéopathique continuait probablement ses effets...

Cinq semaines plus tard, Châblis n'a plus vomi la nuit, ni été vu vomir après ingestion d'herbe. Les troubles cutanés ont complètement disparu.

Un nouveau bilan ostéopathique montre que subsistent les dysfonctions suivantes :

→une dysfonction au niveau de C7, la 1^{ère} côte et son articulation avec le sternum

→en D13, et sur le diaphragme droit

→sur l'articulation sacro-coccigienne.

A l'issue de la séance, une dose d'*Arnica montana* 10.000K est administrée, et un traitement homéopathique de 15 jours est prescrit.

Plus de 3 mois après cette deuxième séance, alors qu'on est au milieu de l'été, aucun des symptômes n'a réapparu. Châblis n'avait pas vécu une telle période de rémission depuis près de 4 ans.

Conclusion

A travers cette étude, nous avons tenté d'illustrer l'intérêt que peut représenter l'approche ostéopathique dans le diagnostic et le traitement des pathologies gastriques du chien. Les résultats obtenus sur les quelques cas cliniques présentés nous semblent très probants.

La réalisation de cette étude nous a par ailleurs permis de constater qu'en médecine vétérinaire l'ostéopathie est essentiellement au stade des hypothèses, des comparaisons avec l'ostéopathie humaine (des travaux tentent notamment d'appréhender le MRP et sa perception par les ostéopathes [23 ; 24 ; 39]) et des constatations cliniques certes encourageantes [11 ; 32]. Mais rares (ou inexistantes) sont les travaux fondamentaux en ostéopathie vétérinaire. Cela mériterait bien sûr un approfondissement théorique. Mais qui, en dehors des praticiens et des animaux (et de leurs propriétaires) a intérêt à participer à son développement ?

Les médecines dites alternatives, complémentaires, naturelles, énergétiques, non conventionnelles ou encore souvent bien à tort "douces" (un ostéopathe peut par exemple, en bloquant son MRP, abrégé la vie d'un animal agonisant...) semblent pourtant, parmi la clientèle vétérinaire, profiter d'une demande en constante augmentation. En ce qui concerne l'ostéopathie, le manque de vétérinaires dans la discipline laisse le terrain libre à des "manipulateurs" sans formation médicale.

L'ostéopathie peut bien sûr être pratiquée seule, ou avec grand profit en association avec d'autres médecines naturelles : nous avons vu les similitudes qui existent avec certaines techniques acupuncturales, ou encore les bénéfices que peuvent apporter l'association avec l'homéopathie. Un grand nombre de ces médecines ont comme caractéristique commune de considérer le patient dans son unité, sa globalité : c'est probablement entre autre pour cela qu'elles peuvent souvent s'associer les unes aux autres, et peut-être aussi pour cela qu'elles sont trop souvent radicalement opposées à la médecine classique. Nous avons tenté d'illustrer dans le cas particulier de la gastrologie chez le chien avec quel profit les deux approches peuvent être combinées. Mais très nombreux sont les autres domaines de la médecine vétérinaire où les deux approches s'enrichissent mutuellement [32].

Enfin nous espérons que la lecture de cette étude éveillera la curiosité de celles et ceux parmi les vétérinaires qui voudraient goûter au plaisir si simple de soigner avec comme seuls outils, leurs mains.

AGREMENT ADMINISTRATIF

Je soussigné, P. DESNOYERS, Directeur de l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse, certifie que
M. AGNERAY François, Jean-Baptiste, André
a été admis(e) sur concours en : 1990
a obtenu son certificat de fin de scolarité le : 8 juillet 1999
n'a plus aucun stage, ni enseignement optionnel à valider.

AGREMENT SCIENTIFIQUE

Je soussigné, A. CAZIEUX, Professeur Emérite de l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse,
autorise la soutenance de la thèse de :
M. AGNERAY François, Jean-Baptiste, André
intitulée :
« *Ostéopathie et troubles gastriques chez le chien* »

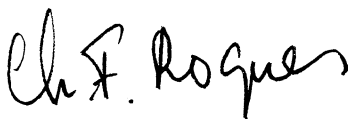
**Le Professeur
de l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse
Professeur André CAZIEUX**



**Vu :
Le Directeur
de l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse
Docteur Pierre DESNOYERS**



**Vu :
Le Président de la thèse :
Professeur Christian-François ROQUES**



**Vu le : 21 MAI 2003
Le Président
de l'Université Paul Sabatier
Professeur Jean-François SAUTEREAU**



BIBLIOGRAPHIE

1. ARGENZIO, Robert A.
Gastrointestinal motility.
In : SWENSON M.J., REECE W.O.
Duke's physiology of domestic animals. 11^{ème} édition . New York : Cornwell University Press, 1993, 336-348.
2. BARONE, R.
Anatomie comparée des mammifères domestiques. Tome 3 : Splanchnologie, fœtus et ses annexes. Fascicule 1 : Appareil digestif, appareil respiratoire.
Lyon : Laboratoire d'anatomie ENVL, 1976. 879p.
3. BROWN , J.H., TAYLOR, P.
Agonistes et antagonistes des récepteurs muscariniques.
In : HARDMAN, Joël G. , LIMBIRD, L.E.
Les bases pharmacologiques de l'utilisation des médicaments, 9^{ème} édition.
Ed. Mac Graw-Hill. 141-161.
4. BRUNTON, Laurence L.
Médicaments du contrôle de l'acidité gastrique
In : HARDMAN, Joël G. , LIMBIRD, L.E.
Les bases pharmacologiques de l'utilisation des médicaments, 9^{ème} édition.
Ed. Mac Graw-Hill. 907-922.
5. BRUNTON, Laurence L.
Médicaments modifiant la motricité digestive et les flux hydroélectriques : nausées, vomissements et antiémétiques ; acides biliaires et enzymes pancréatiques.
In : HARDMAN, Joël G. , LIMBIRD, L.E.
Les bases pharmacologiques de l'utilisation des médicaments, 9^{ème} édition.
Ed. Mac Graw-Hill. 923-942.
6. CADORE, J.-L., LECOINDRE, P.
Gastrite aiguë.
Encyclopédie Vétérinaire, 1992, Gastro-entérologie 0800, 3p.
7. CHANDLER, E.A., THOMPSON, D.J., SUTTON, J.B., PRICE, C.J.
Canine medicine and therapeutics. 3^{ème} édition. Oxford : Blackwell scientific publications, 1991. 876p.
8. CHENE, Patrick.
Communication personnelle.
9. CHENE, Patrick.
La main ? Ou le pied ?
Communication personnelle. Disponible auprès de l'auteur.

10. CHENE, Patrick
L'ostéopathie.
In: MONIOT J.-F., ARVY C.
Comment soigner autrement son animal de compagnie. Paris : Dervy, 2000, 103-125.
11. CHENE, Patrick
Plaidoyer pour une osthéopathie comparée.
Ostéo, la revue des ostéopathes, Janvier 2002, **58**, p 4-19.
12. CUNNINGHAM, James G.
Textbook of veterinary physiology. 2^{ème} édition. W.B. Saunders Company , 1997.464p.
13. DAUFRESNE, Marc.
Présentation générale de l'ostéopathie. Th. Med. Vet. Toulouse. 1991-TOU 3, 4027.
14. DEMONTOY, A.
Manuel d'acupuncture canine. Maison-Alfort : ed. du Pt Vét. , 1986. 176p.
15. DYCE, K. M., SACK, W. O. , WENSING, C.I.G.
Textbook of veterinary anatomy. Ed. W.B. Saunders Company. 1987. 820p.
16. GONNEAU, François
La palpation des points d'acupuncture paravertébraux du chien, application aux diagnostic. Th. Med. Vet., 1991. TOU 3, 4077.
17. GUILFORD, G., STROMBECK, D.
Acute gastritis
In : GUILFORD G., CENTER S., STROMBECK D., *et al.*
Strombeck's small animals gastroenterology. 3^{ème} édition. USA,1996, 261-274.
18. GUILFORD, G., STROMBECK, D.
Chronic gastric diseases
In : GUILFORD G., CENTER S., STROMBECK D., *et al.*
Strombeck's small animals gastroenterology. 3^{ème} édition. USA,1996, 275-302.
19. HALL, Jean A.
Diseases of the stomach.
In: ETTINGER, S.J., FELDMAN, E.C.
Textbook of veterinary internal medicine. 5^{ème} édition. Philadelphie : W.B. Saunders , 2000 . 2 volumes, volume 2. 1154-1182.
20. ISSARTEL, Lionelle, ISSARTEL, Marielle
L'ostéopathie exactement. Paris : Robert Laffont, 1983. 391p.

21. KLEMM, W.R.
Design and basic function of the nervous system.
In : SWENSON, M.J., REECE, W.O.
Duke's physiology of domestic animals. 11^{ème} édition. New York : Cornell University Press ,1993. 751-770.
22. KORR, Irvin M.
Bases physiologiques de l'ostéopathie. Paris : éd. Frison-Roche, 1993. 212p.
23. LAVAL, Yves, VILLERMAIN LECOLIER, Gérard, BILLAUDEL, Patrice
Mesure des rythmes tissulaires de la microcirculation crânio-sacrée : de l'approche manuelle ostéopathique à l'expérimentation scientifique.
ApoStill, le journal de l'Académie d'Ostéopathie, printemps2002, **10**, 5-11.
24. LAVAL, Yves
M.R.P., Mécanisme Respiratoire Primaire ou Mécanisme Rythmique Pressionnel ?
ApoStill, le journal de l'Académie d'Ostéopathie, printemps2002, **10**, 12-15.
25. LECOINDRE, P., CADORE, J.-L., CHEVALLIER, M.
Gastrites chroniques.
Encyclopédie Vétérinaire, 1992, Gastro-entérologie, 0900, 5p.
26. LECOINDRE, P., CADORE, J.-L.,
Maladie ulcéreuse gastro-duodénale.
Encyclopédie Vétérinaire, 1992, Gastro-entérologie, 1100, 6p.
27. LECOINDRE, P., CADORE, J.-L.,
Syndrome de rétention gastrique.
Encyclopédie Vétérinaire, 1992, Gastro-entérologie, 1000, 4p.
28. LIZON, Francis
La consultation ostéopathique et homéopathique du chien et du chat. Ed. : Similia, 1988. 285p.
29. MAGNE, M.L., TWEDT, D.C.
Vomissements.
In : FORD, Richard
Conduite diagnostique en médecine des carnivores domestiques. Barcelone : Graffos SA, 1990, 413-423.
30. NGUYEN, Ivan
Conduite de la consultation d'acupuncture chez les carnivores domestiques.
Th. : Med. Vet. : Toulouse :1998-TOU 3, 4010.
31. PAVAUX, C.
Splanchnologie des animaux domestiques. Fascicule 1 , appareil digestif-appareil respiratoire. Service d'anatomie ENVT, 1987

32. POMMIER Emmanuel
Quelques réflexions sur l'ostéopathie vétérinaire.
Ostéo, la revue des ostéopathes, Janvier 2002, **58**, p.20-22.
33. REECE, W.O
Physiology of domestic animals. 2^{ème} édition, Baltimore : Williams and Wilkins, 1997. 464p.
34. RIVIERE, Olivier
Des normes vétérinaires Vestal à la biologie clinique pratique. Lyon, ed. Vestal, 1988. 224p.
35. ROBERTSHAW, D.
Visceromotor (autonomic) control.
In : SWENSON, M.J., REECE, W.O.
Duke's physiology of domestic animals. 11^{ème} édition. New York : Cornwell University Press ,1993. 874-885.
36. ROULIER, Guy
L'ostéopathie : deux mains pour vous guérir. Saint Jean de Braye : Dangles, 1999. 212p.
37. RUCKEBUSH, Y. , PANHEUF, L.-P., DUNLOP, R.
Physiology of small and large animals. Première édition. Hamilton (Ontario, USA) : BC Decker Inc, 1991.672p.
38. SIALLELI, Jean-Noël
Les bases occidentales de l'acupuncture.
Th. : Méd. Vet. : Toulouse : 1997- TOU 3, 4102.
39. SERGUEFF, Nicette, NELSON, Kenneth E., LIPINSKI, Celia M., *et al.*
Ostéopathie crânienne et oscillations des ondes de Traube-Hering-Mayer.
ApoStill, le journal de l'Académie d'Ostéopathie, printemps2002, **10**, 16-24.
40. STEVENS, C.E., HUME, I.D.
Comparative physiology of the vertebrate digestive system. 2^{ème} édition.
Cambridge University Press, 1995. 400p.
41. STROMBECK, D., GUILFORD, G.
Vomiting : pathophysiology and pharmacologic control.
In : GUILFORD G., CENTER S., STROMBECK D., *et al.*
Strombeck's small animals gastroenterology. 3^{ème} édition. USA, 1996, 256-260.
42. SUEUR, Gérard
L'ostéopathie. La santé au bout des mains. Paris : Le livre de poche, 1994.
222p.

43. UPLEDGER, John E.
Thérapie Crânio-sacrée. Paris : éd. Frison-Roche, 1989. 369p.
44. WOOD, J.D.
Physiology of the enteric nervous system.
In: JOHNSON Leonard R. Physiology of the gastrointestinal tract. 2 volumes,
volume 1. New York : Raven Press, 1987. P.67-109.

Table des illustrations

- Fig.1, p.10 Conformation extérieure de l'estomac du chien en état de réplétion faible, vue postérieure.
- Fig.2, p.11 La vascularisation artérielle de l'estomac du chien.
- Fig.3, p.12 Organes de la région diaphragmatique de l'abdomen du chien (vue caudale, après ablation des autres parties de l'abdomen et du grand omentum).
- Fig.4, p.24 Diagramme général du système nerveux autonome du chien.
- Fig.5, p.29 Le système nerveux autonome chez l'homme, divisions sympathiques et parasympathiques.
- Fig.6, p.32 Organisation du tissu nerveux au sein du tube digestif.
- Fig.7, p.32 Représentation schématique du fonctionnement et de la régulation du SNE.
- Fig.8, p.34 Les cinq zones critiques du dos chez le chien.
- Fig.9, p.34 Le clavier canin acupunctural.
- Fig.10, p.37 Mouvements de rotation physiologiques d'une vertèbre.
- Fig.11, p.37 La même vertèbre en dysfonction (ou lésion) de rotation gauche.
- Fig.12, p.39 Illustration imagée de la notion de segment facilité.
- Fig.13, p.46 Cibles pharmacologiques sur les voies nerveuses contrôlant le réflexe du vomissement.
- Fig.14, p.48 Principe du traitement ostéopathique d'un métamère en facilitation, et d'un organe relié à ce métamère (ici D13 et estomac).
- Fig.15, p.52 Changement d'orientation de biseau sur la même suture entre le frontal et les pariétaux, chez l'homme.
- Fig.16, p.53 Les membranes de tension réciproque, chez l'homme.
- Fig.17, p.54 Système hydraulique semi-fermé du liquide céphalo-rachidien et de la membrane dure-mérienne.

Fig.18, p.56 Représentation de la perception du MRP chez le chien dans la zone lombaire ou abdominale, et indication des termes appliqués aux différentes parties de l'ove.

Fig.19, p.57 Quelques anomalies du MRP du chien prises aux fascias lombaires.

Fig.20, p.60 La main "qui voit, qui sent et qui pense".

Fig.21, p.66 Point d'acupuncture St 41, vu de face et de profil, situé sur la zone du tarse.

Tabl.1, p.16 Diagnostic différentiel des vomissements.

Tabl.2, p.17 Diverses classifications des gastrites chroniques du chien et du chat.

Toulouse, 2003

NOM : AGNERAY

PRENOM : François

TITRE : Ostéopathie et troubles gastriques chez le chien.

RESUME : L'auteur se propose dans cette étude d'évaluer les possibilités thérapeutiques de l'ostéopathie (ou médecine manuelle) en cas de troubles gastriques chez le chien.

Pour cela, il étudiera l'estomac et ses pathologies en insistant sur les points nécessaires à la compréhension du mode d'action de l'ostéopathie sur cet organe. L'ostéopathe, en agissant sur la structure, peut jouer sur la fonction : les troubles à dominante fonctionnelle seront donc traités par ostéopathie avec le plus de profit, les autres relevant avant tout de la médecine ou de la chirurgie académiques.

Sera ensuite abordée la relation entre l'estomac et le système nerveux autonome (et surtout le système nerveux sympathique) qui permet d'expliquer au moins en partie le mode d'action de l'ostéopathie. La notion de dysfonction (ou lésion) ostéopathique occupe ici une place centrale.

Enfin, après la présentation des principes généraux de la manipulation ostéopathique, l'auteur illustrera son étude par quelques cas cliniques.

Si dans cette étude médecines académique et "alternatives" ont été parfois séparées, ça n'est en aucun cas pour les opposer, mais pour tenter de les enrichir mutuellement.

MOTS-CLES : chien ; estomac ; ostéopathie ; thérapeutique ;

ABSTRACT : The author wishes to evaluate the therapeutic possibilities of osteopathy (or manual medicine) when applied to gastric disorders in dogs. He will start with the study of the stomach and its pathologies while focusing on aspects necessary to the understanding of how osteopathy works on this organ. The osteopath, acting on the structure, may influence the function : mainly functional pathologies will thus benefit from osteopathic treatment, while others will mainly remain in the sphere of academic medicine or surgery.

He will then tackle the relationship between the stomach and the autonomous nervous system (and above all the sympathetic nervous system), which can explain in part how osteopathy works. The notion of osteopathic dysfunction (or lesion) here takes central stage.

Finally, after presenting the general principles of osteopathic manipulation, the author will illustrate his study with some clinical cases.

If academic and "alternative" medicines are sometimes separated here, it is under no circumstances to oppose them but to try to enrich them mutually.

KEY WORDS : dog ; osteopathy ; stomach ; therapy