



ESO PARIS  
**RECHERCHE**

**ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ D'UN  
TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE SUR LA QUALITÉ  
DE VIE DE PATIENTS SUITE À UNE  
CHIMIOTHÉRAPIE**

**ÉTUDE DE SOINS COURANTS**

**Mémoire de fin d'études pour l'obtention  
du Diplôme d'Ostéopathe de France (DOF).**

**Juin 2024**

**Chloé NOUCHY**

**Directeur de Mémoire : Ludovic SAUSSE, DO**

## REMERCIEMENTS

Je souhaite dans un premier temps adresser mes remerciements à Ludovic SAUSSE, mon directeur de mémoire, pour son soutien et ses conseils toujours avisés durant toute la rédaction de ce mémoire mais également depuis ma première année à l'École Supérieure d'Ostéopathie. Je le remercie pour le temps qu'il m'a consacré et pour sa disponibilité durant toutes ces années mais aussi pour m'avoir transmis son savoir-faire et sa passion pour l'ostéopathie. J'espère avoir été à la hauteur de ses attentes et m'être montrée digne de confiance.

Mes remerciements vont également à tous mes enseignants de l'ESO qui, de près ou de loin, ont contribué à mon développement professionnel avec une attention toute particulière à Baptiste PELLOILLE qui m'a épaulée tout au long des prises en charge ostéopathique au sein de la clinique. Ses précieux conseils m'ont permis à chaque fois d'alimenter ma réflexion et de proposer à mes patients une meilleure prise en charge.

Je tiens également à remercier le département recherche de l'ESO sans qui ce mémoire n'aurait pu être. Un merci tout particulier à Valentine PAU pour m'avoir apporté confiance et bienveillance durant l'élaboration de celui-ci. Merci aussi à la clinique de l'école et surtout à ses trois secrétaires : Ange-Marie, Ludovina et Mathilda qui sont toujours à l'écoute pour répondre aux mieux à nos demandes et surtout programmer les rendez-vous de nos patients.

J'adresse également ma sincère gratitude aux patients venus en consultation, merci pour leur participation, leur aide et leur confiance.

Merci à mes proches ; à ma famille mais aussi à mes amis qui sont devenus ma famille. Je tiens à remercier particulièrement mes parents, mon frère, ma sœur et mon amoureux pour leur soutien sans faille depuis toujours, jamais entaché par le moindre doute quant à ma réussite. Ma vie trouve son parfait équilibre grâce à chacun de vous cinq.

# TABLE DES MATIÈRES

|                                              |           |
|----------------------------------------------|-----------|
| <b>1. INTRODUCTION</b>                       | <b>5</b>  |
| <b>2. MATÉRIEL ET MÉTHODES</b>               | <b>12</b> |
| 2.1. Présentation des patients               | 12        |
| 2.1.1. Critères d'éligibilité                | 12        |
| 2.1.2. Description des patients              | 12        |
| 2.2. Prise en charge ostéopathique           | 13        |
| 2.3. Présentation des outils d'évaluation    | 14        |
| 2.4. Méthodologie statistique                | 15        |
| <b>3. RÉSULTATS</b>                          | <b>17</b> |
| 3.1. Présentation des résultats par patients | 17        |
| 3.1.1. Patiente A                            | 17        |
| 3.1.2. Patiente B                            | 20        |
| 3.1.3. Patiente C                            | 23        |
| 3.1.4. Patiente D                            | 26        |
| 3.1.5. Patient E                             | 29        |
| 3.1.6. Patiente F                            | 31        |
| 3.2. Étude des résultats globaux             | 34        |
| 3.2.1. Questionnaire QLQ-C30                 | 34        |
| 3.3. Analyse statistique                     | 36        |
| 3.3.1. Statistiques descriptives             | 36        |
| 3.3.2. Statistiques paramétriques            | 36        |
| <b>4. DISCUSSION</b>                         | <b>40</b> |
| <b>5. CONCLUSION</b>                         | <b>46</b> |
| <b>RÉFÉRENCES</b>                            | <b>47</b> |
| <b>LISTE DES TABLEAUX</b>                    | <b>51</b> |
| <b>LISTE DES FIGURES</b>                     | <b>52</b> |
| <b>LISTE DES ANNEXES</b>                     | <b>54</b> |

|                                                                        |           |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ANNEXE I : FLYER</b>                                                | <b>55</b> |
| <b>ANNEXE II : QUESTIONNAIRE QLQ-C30</b>                               | <b>56</b> |
| <b>ANNEXE III : ÉVALUATION PALPATOIRE DES DYSFONCTIONS TISSULAIRES</b> | <b>58</b> |
| <b>RÉSUMÉ / ABSTRACT</b>                                               | <b>59</b> |

# 1. INTRODUCTION

Aujourd'hui, le cancer est devenu un problème majeur de santé publique et représente l'une des principales causes de mortalité dans le monde, il est à l'origine de près de vingt millions de décès en 2020 et ce chiffre ne semble pas décroître. En France, il représente la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme<sup>1-3</sup>. Il existe beaucoup de facteurs de risques qui peuvent être à l'origine d'un cancer comme : le tabagisme, le surpoids ou la sédentarité ; qui font que dans les pays les moins développés le taux de mortalité augmente<sup>2</sup>. L'âge est également un facteur de risque connu car avec le temps, les mécanismes de régénération cellulaire sont de moins en moins efficaces ; c'est dans les pays les plus développés que le plus de cancers sont recensés<sup>1</sup>. Les différences dans la pratique ou non du dépistage peuvent également fausser les comparaisons de l'incidence du cancer entre les pays. Pour les cancers les plus communs, le taux de mortalité reste stable ou décroît car les facteurs de risque sont connus, le dépistage permet une détection plus précoce, et il y a également une amélioration des traitements proposés. De nos jours, grâce à la connaissance des principaux facteurs de risques, 30 à 50% des cancers peuvent être prévenus<sup>1</sup>.

Diagnostiquer correctement un cancer est essentiel afin de le traiter de façon adaptée et efficace. Les avancées de la recherche dans le domaine de l'oncologie ont permis de mieux cerner les mécanismes de la maladie et de mettre en place des traitements adaptés afin de freiner, voire guérir la pathologie. Le traitement repose généralement sur la chirurgie, la radiothérapie et/ou un traitement systémique (chimiothérapie, traitements hormonaux, thérapies biologiques ciblées) ; il comporte deux principaux objectifs : guérir le patient ou prolonger considérablement sa vie et améliorer sa qualité de vie. Le choix du traitement se fait en fonction du cancer à traiter et du profil du patient<sup>1</sup>.

La chimiothérapie a été définie pour la première fois au début des années 1900 par le chimiste allemand P. Ehrlich qu'il a défini comme suit : « l'utilisation de produits chimiques pour traiter les maladies »<sup>4-6</sup>. La question principale de l'époque était de savoir si les médicaments anticancéreux faisaient plus de mal que de bien<sup>4</sup>. Durant cette période, la chirurgie et la radiothérapie dominaient le secteur du traitement du cancer, jusqu'à ce qu'il devienne évident que les taux de guérison après des traitements locaux, souvent radicaux, avaient atteint un plateau d'environ 33% en raison de la présence de micrométastases

jusqu'alors ignorées<sup>4,5</sup>. En 1971, l'application de la loi nationale contre le cancer a permis l'expansion et le développement de la chimiothérapie<sup>4</sup>. Suite à de longs combats, elle est devenue le traitement le plus fréquent et le plus avancé<sup>7</sup>. L'objectif de la chimiothérapie anticancéreuse est de détruire les cellules néoplasiques de l'organisme évitant ainsi l'évasion métastatique, sans affecter la viabilité et la fonction des cellules normales<sup>6,8</sup>. La chimiothérapie joue donc un rôle de plus en plus important dans le traitement d'un large éventail de cancers solides ; bien que le traitement ne soit pas tout le temps curatif, une amélioration significative de la survie est constatée<sup>4</sup>.

La chimiothérapie peut être administrée en contexte néoadjuvant, adjuvant, combiné et métastatique<sup>6</sup>. La chimiothérapie combinée est un choix courant pour produire des réponses adéquates. Elle semble empêcher le développement de clones résistants en favorisant la cytotoxicité dans les cellules au repos et en division<sup>6</sup>. La chimiothérapie n'est pas ouverte à tout le monde, elle dépend de plusieurs critères évalués sur une échelle allant de 0 (patient entièrement actif) à 4 (patient totalement handicapé). Les patients présentant un score de 3 ou de 4 ne devraient pas recevoir de chimiothérapie car ils auront plus d'effets nuisibles qu'ils n'en tireront d'avantages<sup>9</sup>. En effet, il existe 41 molécules dont seulement la moitié est ciblée<sup>3</sup>. Les cellules cancéreuses peuvent héberger des mutations intrinsèques qui les rendent moins sensibles à la chimiothérapie. Il est important de distinguer ces mutations inhérentes qui sont présentes avant le traitement, des mutations acquises que les cellules acquièrent après le traitement et qui procurent un avantage sélectif de survie<sup>10</sup>. En ce qui concerne le mécanisme d'action de la chimiothérapie, les agents peuvent être administrés par voie orale, intraveineuse, sous-cutanée, intramusculaire ou intrathécale. Néanmoins, la majorité se fait par voie intraveineuse (en raison du taux d'absorption de 100%) et diffuse des substances chimiques qui ciblent plus ou moins spécifiquement les cellules cancéreuses actives afin de les tuer<sup>3,6</sup>. L'absorption de la chimiothérapie cellulaire varie entre les patients et les types de tumeurs, de grandes différences d'absorption sont également observées in vitro entre les cellules d'une même culture clonale<sup>10</sup>. De plus, la pharmacologie des médicaments antinéoplasiques est complexe ; de nombreux médicaments anticancéreux ont un index thérapeutique étroit, c'est-à-dire que la différence entre la dose efficace et la dose qui provoque des effets indésirables est faible<sup>8</sup>. Cependant, malgré de nombreuses tentatives, il n'existe pas de biomarqueurs pré-traitement robustes et validés pouvant guider la prise de décision clinique et donc réduire ces effets secondaires<sup>10</sup>.

La chimiothérapie est, comme dit précédemment, un élément important dans le traitement de nombreux cancers. Malheureusement, de par sa nature, elle endommage les cellules cancéreuses, ainsi que les cellules saines ; ce qui entraîne une apparition d'effets secondaires affectant la santé physique, la qualité de vie et l'état émotionnel des patients<sup>3,4,6,11</sup>. Pour réduire un effet secondaire, il faudrait donc diminuer la dose de chimiothérapie mais il est prouvé que les patients qui reçoivent une chimiothérapie à faible dose ont des taux de survie moins importants<sup>11</sup>. L'étude de Pearce<sup>11</sup> *et al.* sur les effets secondaires, menée en 2017, suggère que ce sont généralement les cliniciens qui les signalent ; or il est prouvé que ces derniers sous-estiment souvent le nombre et la gravité des toxicités ressenties par les patients. En effet, 86% des patients inclus dans l'étude ont signalé avoir ressenti au moins un effet secondaire léger à modéré, lié à leur cancer. La fatigue est l'effet secondaire le plus fréquemment signalé mais bon nombres d'effets secondaires quotidiens sont mis en évidence comme les insomnies, la perte d'appétit, les nausées, les vomissements, les troubles du transit ou encore les douleurs articulaires et musculaires<sup>3,6,7,11</sup>. Une autre étude de Desai<sup>12</sup> *et al.* suggère que jusqu'à 70% des patients atteints de cancer souffrent de douleurs causées par leur maladie et que 30% d'entre eux reçoivent des médicaments inappropriés pour leurs douleurs, affectant considérablement leur qualité de vie. Ces résultats démontrent que la surveillance des effets secondaires doit se poursuivre pendant toute la durée du traitement et du suivi car malheureusement, tous ces symptômes ont un impact sur la qualité de vie des patients cancéreux<sup>7,11,12</sup>. Il est également mis en évidence que peu d'attention est portée aux effets secondaires post-traitements sur le long terme, alors qu'eux aussi compromettent considérablement la qualité de vie des patients en rémission<sup>13</sup>. En effet, certains effets secondaires peuvent mettre des mois voire des années avant d'être remis en évidence cliniquement<sup>13</sup>. Par exemple, l'étude d'Ahles<sup>14</sup> *et al.* a montré que des survivantes d'un cancer du sein, traitées par chimiothérapie cinq ans plus tôt, ont toujours des scores significativement plus faibles en ce qui concerne notamment la santé fonctionnelle, la mémoire et les capacités à travailler. Enfin, étant donné que les objectifs actuels des traitements contre les cancers passent de la simple amélioration de la survie globale au maintien d'une meilleure qualité de vie, il convient d'accorder davantage d'attention aux effets toxiques à long terme liés à la chimiothérapie<sup>13</sup>. Pour finir, il existe un risque accru d'infections dues à l'immunosuppression<sup>6</sup>.

La souffrance de ces patients pourrait être réduite en leur prodiguant des soins contribuant à leur bien-être, notamment grâce à un traitement adapté ou à des soins palliatifs ou complémentaires<sup>2,15</sup>. En effet, douleur et soins palliatifs sont deux concepts indissolublement liés et les patients qui y ont recours demeurent majoritairement atteints de cancer<sup>16</sup>. Les progrès de la médecine durant ces dernières décennies ainsi que la meilleure prise en considération de la santé en général ont permis une augmentation spectaculaire de la durée de vie<sup>16</sup>. Il est devenu commun d'affirmer de nos jours que l'exercice des soins palliatifs contribue à la prise en charge globale du patient<sup>16</sup>. Les soins palliatifs concernent presque toutes les spécialités médicales et ils sont inclus dans les soins oncologiques de support (SOS)<sup>17,18</sup>. Les SOS ont été définis par le premier Plan Cancer en 2003, ils font partie intégrante du parcours de soins des patients atteints de cancer et sont définis comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, conjointement aux traitements oncologiques ou onco-hématologiques spécifiques lorsqu'il y en a »<sup>18</sup>. En effet, ce sont des soins qui n'ont pas pour but de guérir le cancer mais d'atténuer les symptômes et souffrances qui en résultent, ainsi qu'à améliorer la qualité de vie des patients ; ils peuvent aider les personnes à vivre plus confortablement et contribuer à atténuer les problèmes physiques ou psychosociaux chez plus de 90% des patients atteints d'un cancer à un stade avancé<sup>1</sup>. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ils sont définis comme suit : « La prise en charge active et totale des patients dont la maladie ne répond pas à un traitement curatif »<sup>19</sup>. C'est pourquoi une collaboration entre les deux disciplines cliniques (cancérologie et médecine palliative) est nécessaire<sup>16</sup>. D'autant plus qu'au cours de la dernière décennie, le domaine de l'oncologie palliative s'est développé, étayé par des preuves que les patients à haut risques ou incurables qui reçoivent des soins axés sur le cancer en synergie avec des soins palliatifs démontrent des résultats améliorés<sup>20</sup>. Ajouté à cela, la diversité des symptômes ressentis par les patients atteints de cancer peuvent indiquer qu'une approche holistique serait bénéfique pour diagnostiquer et traiter certains d'entre eux<sup>21</sup>. Il est donc essentiel de maintenir une vision globale des patients atteints de cancer et de les aider à obtenir la meilleure qualité de vie possible<sup>1,12</sup>. Enfin, toutes les parties du corps sont reliées entre elles par les différents systèmes, par conséquent, cela semble intéressant d'envisager un traitement complet et adapté aux besoins de chacun incluant le traitement des effets secondaires de la chimiothérapie et des douleurs liées ou non au cancer, qui peuvent perturber le bien-être des patients<sup>3</sup>.



En plus de ces soins palliatifs, il semble alors nécessaire de s'intéresser aux médecines alternatives et complémentaires afin d'avoir une approche complète et encore moins invasive. Elles font référence, selon l'OMS, à un vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle<sup>22</sup>. L'ostéopathie fait partie de ces médecines, elle est définie comme suit : « L'ostéopathie [...] repose sur l'utilisation du contact manuel pour le diagnostic et le traitement. Elle prend en compte les relations entre le corps, l'esprit, la raison, la santé et la maladie. Elle place l'accent sur l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps et la tendance intrinsèque de l'organisme à s'auto-guérir. [...] Cette approche holistique de la prise en charge du patient est fondée sur le concept que l'être humain constitue une unité fonctionnelle dynamique, dans laquelle toutes les parties sont reliées entre elles. »<sup>23</sup>. Dans cette définition, l'importance d'une vision du patient dans sa globalité est soulignée, ce qui est, comme dit précédemment, un point essentiel de la prise en charge (palliative ou non) de patients atteints d'un cancer<sup>15</sup>. En effet, au stade terminal de certaines maladies, il est reconnu que le traitement peut être uniquement palliatif<sup>24</sup>. Dans la maladie cancéreuse, l'ostéopathe peut agir sur les adaptations posturales liées aux conséquences systémiques et locales du cancer, sur les cicatrices, les fibroses tissulaires liées à la radiothérapie par des mobilisations douces<sup>25</sup>. En effet, l'ostéopathe s'applique à restaurer la mobilité tissulaire, musculaire, articulaire et viscérale ; à favoriser l'homéostasie<sup>25</sup>. L'étude que fit Still de la pathologie lui fit découvrir que pour toutes les formes de maladie, il existe un obstacle mécanique à la circulation normale des fluides du corps et donc que la suppression des obstacles mécaniques permet une circulation optimale de ces fluides corporels, de la fonction nerveuse et le rétablissement de la santé<sup>24</sup>.

Plusieurs études ont été menées<sup>26,27</sup> et ont montré que le recours à des thérapies alternatives chez les patients cancéreux est en augmentation depuis les années 1990 et fait ses preuves surtout chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. Des revues systématiques ont démontré que ces thérapies peuvent soulager les douleurs musculaires après une mastectomie liée à un cancer du sein et différents types de douleur tout au long du traitement actif et de la rémission<sup>15</sup>. La plupart des patients utilisent les thérapies alternatives comme un complément à leurs traitements médicaux habituels. Néanmoins, certaines raisons semblent davantage les motiver à y avoir recours comme le besoin d'autonomie et de contrôle de leur expérience, ou encore parce qu'ils ont une préférence pour une thérapie plus holistique et naturelle. L'amélioration des effets secondaires, du bien-être ainsi que de la détresse physique et

émotionnelle les incitent d'autant plus à avoir recours aux médecines alternatives. Des preuves cliniques émergentes suggèrent que le traitement ostéopathique peut être bénéfique pour des maux de dos mais également des problèmes de santé moins évidents comme les troubles digestifs et donc avoir une utilité dans la prise en charge de patients sous chimiothérapie<sup>20</sup>.

En 2006, l'étude d'Andersen<sup>7</sup> *et al.* s'est intéressée à l'intérêt d'un programme multidisciplinaire sur les symptômes et les effets secondaires de patients sous chimiothérapie en leur proposant des exercices de fitness, de massage, de relaxation et de cohérence corporelle pendant six semaines. A l'issue de cette étude, il a été observé une diminution de l'intensité de dix symptômes sur les douze évalués ; et, 67% des patients ont noté une diminution de leurs symptômes. Afin d'évaluer l'importance d'une approche ostéopathique dans la prise en charge du cancer, de nombreuses études se sont intéressées au sujet, dont trois<sup>3,15,21</sup> seront davantage développées. Tout d'abord, l'étude de Favier<sup>3</sup> *et al.* propose aux patients un essai croisé en deux consultations et évalue la qualité de vie des patients grâce au questionnaire QLQ-C30 de l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Des résultats significatifs ont fait suite à cet essai ; en effet, pour 66% des patients les douleurs ont diminué, 61% se sentaient moins fatigués et les nausées et vomissements s'étaient atténués dans 56% des cas. Ainsi, l'hypothèse principale a été confirmée, l'ostéopathie semble améliorer certains signes secondaires de patients sous chimiothérapie mais son action sur une longue période n'est pas connue. L'étude de Steel<sup>21</sup> *et al.* menée en 2017 se penche davantage sur la perception qu'ont les patients d'un traitement ostéopathique en tant que thérapie complémentaire au cancer. La plupart des patients ne connaissaient pas l'ostéopathie et étaient surpris de l'approche "douce", ils pensaient que c'était risqué de faire des consultations d'ostéopathie et que ce n'était pas compatible avec leur maladie. L'expérience s'est révélée positive car naturelle, en comparaison à la dose de médicaments ingurgitée chaque jour. Dans tous les entretiens, les patients ont déclaré avoir ressenti une amélioration pendant quelques jours voire semaines de leurs douleurs liées au cancer (directement après la consultation ou un peu plus tard) ; ils sentaient que leur situation s'améliorait car ils ressentaient un "soulagement des tensions" (physiques et mentales). Des effets positifs sur d'autres symptômes ont été notés comme la constipation, la fatigue et la circulation sanguine (avec une amélioration des œdèmes). Enfin, une autre étude<sup>15</sup> a été menée en 2022, étudiant l'ostéopathie en tant que médecine complémentaire pour le cancer

du sein. Elle met en avant le manque d'informations quant à la place de l'ostéopathie en oncologie malgré le fait qu'elle réduise la douleur et/ou améliore la qualité de vie sur ce type de cancer. De plus, ce traitement complémentaire a amélioré le bien-être des patients, puisqu'il était associé à un touché thérapeutique qui s'écarte du touché médical ; le touché thérapeutique peut être utilisé comme une intervention non invasive pour améliorer l'état de santé des patients atteints de cancer.

Pour conclure, un nombre significatif de patients ont recours aux thérapies complémentaires suite à leur diagnostic de cancer<sup>20,27</sup>. De plus, plusieurs études<sup>3,7,15,20,21,26,27</sup> ont été réalisées dans le but de démontrer l'efficacité des médecines complémentaires sur les effets secondaires de la chimiothérapie ; cependant, en ostéopathie, très peu de travaux de recherches ont été réalisés dans ce domaine et beaucoup de patients ne sont pas au courant de l'intérêt que cela pourrait avoir pour eux dans la prise en charge de leur maladie. En effet, une grande partie de la littérature sur les médecines complémentaires et alternatives en oncologie exclut l'ostéopathie de leur analyse, ce qui ajoute des obstacles à l'émergence de la discipline tant du point de vue de la recherche que du point de vue clinique ; alors que cette discipline s'est déjà révélée directement efficace dans le traitement de la douleur et indirectement dans l'amélioration de la santé mentale des patients cancéreux. De plus, avec un plus grand nombre de patients diagnostiqués et une amélioration de la survie, les problèmes de qualité de vie sont devenus de plus en plus importants<sup>28</sup>. En effet, une mauvaise qualité de vie peut influencer négativement la volonté du patient de poursuivre et de mener à bien son traitement<sup>28</sup>. Il est donc nécessaire que davantage de recherches soient faites afin de confirmer et déterminer les meilleures indications pour un traitement ostéopathique en tant que médecine complémentaire. Les études actuelles étant plutôt basées sur des symptômes ou cancers spécifiques ; c'est dans leur continuité que nous pouvons nous poser la question de l'efficacité d'un traitement ostéopathique en étant plus général dans notre prise en charge et ainsi évaluer l'évolution de la qualité de vie des patients suite à une chimiothérapie.

## 2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les patients ont été recrutés auprès de professionnels de santé (oncologues, médecins généralistes), dans des services d'oncologie ou dans des associations pour la lutte contre le cancer comme les associations Cancéreuses & Heureuses 77 et Accueil Famille Cancer 94 grâce à un flyer (ANNEXE I). L'étude s'est déroulée au sein de la clinique de l'École Supérieure d'Ostéopathie (ESO) à Champs-sur-Marne sur une période totale de six mois. Les patients ont bénéficié de deux, trois ou quatre consultations. Ce nombre a été adapté selon les besoins de chacun.

### 2.1. PRÉSENTATION DES PATIENTS

#### 2.1.1. Critères d'éligibilité

Afin de participer à cette étude, le patient doit être majeur et traité ou ayant été traité pour un cancer, par chimiothérapie. L'étude s'adresse à tout cancer et à tous les stades de la maladie confondus. Le patient devra présenter au moins un des troubles de la qualité de vie définis par le QLQ-C30 (ANNEXE II) et avoir lu et signé la lettre de consentement éclairé.

#### 2.1.2. Description des patients

La population totale de cette étude est composée de 6 patients dont 5 femmes et 1 homme, tous impactés par au moins un trouble de la qualité de vie suite à leur traitement chimiothérapeutique.

**Tableau 1 : Présentation des patients**

|                  | Sexe  | Âge | Taille (m) | Poids (kg) | Type de cancer | Chimiothérapie |
|------------------|-------|-----|------------|------------|----------------|----------------|
| <b>Patient A</b> | Femme | 48  | 1,71       | 98         | Sein           | Terminée       |
| <b>Patient B</b> | Femme | 56  | 1,50       | 48         | Sein           | Terminée       |
| <b>Patient C</b> | Femme | 49  | 1,55       | 55         | Sein           | En cours       |
| <b>Patient D</b> | Femme | 57  | 1,53       | 68         | Sein           | En cours       |
| <b>Patient E</b> | Homme | 45  | 1,80       | 81         | Canal anal     | En cours       |
| <b>Patient F</b> | Femme | 47  | 1,69       | 48         | Sein           | En cours       |

Les patients pris en charge dans cette étude n'en sont pas tous au même stade de leur traitement, en effet deux d'entre eux ont fini leur chimiothérapie tandis que quatre sont encore sous traitement.

**Tableau 2 : Stade de traitement par patients**

| Chimiothérapie | Quantités | % du Total | % cumulés |
|----------------|-----------|------------|-----------|
| En cours       | 4         | 66.7 %     | 66.7 %    |
| Terminée       | 2         | 33.3 %     | 100.0 %   |

## 2.2. PRISE EN CHARGE OSTÉOPATHIQUE

Les patients ont été pris en charge au sein de la clinique de l'École Supérieure d'Ostéopathie sous la supervision d'un ostéopathe diplômé depuis plus de cinq ans. Selon les principes ostéopathiques, les patients ont été pris en charge dans leur globalité en prenant en compte leurs spécificités propres<sup>24</sup>. Lors de la première consultation, chaque patient a signé la lettre de consentement éclairé afin de participer à l'étude. Le questionnaire QLQ-C30 a été rempli au début de chaque consultation.

Lors de cette première consultation, les critères d'éligibilité ont été vérifiés avant de procéder à une anamnèse :

- état civil / habitus / antécédents / signes fonctionnels ;
- motif de consultation.

S'en est suivi un examen clinique détaillé : une observation, des tests différentiels si nécessaire, des tests actifs et passifs.

Cette étude nous a amené à tester impérativement différentes zones précises comme le système viscéral et notamment le foie et les reins car la plupart des agents chimiothérapeutiques sont métabolisés et excrétés par ces deux organes<sup>6</sup>. S'il y a présence de cicatrices ou de fibroses tissulaires liées au traitement<sup>25</sup>, il faudra également les tester car des douleurs, inconforts et restrictions tissulaires peuvent persister<sup>29</sup>. Il faudra également tester le crâne (synchondrose sphéno-basilaire) car les différents stress engendrés par le diagnostic d'un cancer représentent des facteurs ayant un impact sur la structure crânienne<sup>30</sup>. Un travail sur les 3 diaphragmes ainsi que sur l'axe crânio-sacré se devra d'être envisagé afin d'avoir un impact sur le système ortho ou parasympathique selon le patient<sup>24</sup> ; ces systèmes jouent un rôle essentiel dans les processus de contrôle de l'homéostasie<sup>31</sup>. Enfin, comme dit

précédemment, des preuves cliniques émergentes suggèrent que le traitement ostéopathique peut être bénéfique pour des maux de dos et donc avoir une utilité dans la prise en charge de patients sous chimiothérapie<sup>20</sup> ; le rachis devra donc être testé. Ces structures seront évaluées tout au long de la prise en charge à l'aide de l'échelle d'évaluation palpatoire des dysfonctions tissulaires (ANNEXE III).

Au minimum un deuxième rendez-vous sera nécessaire afin de réévaluer les critères du questionnaire et le temps entre chaque consultation sera patient-dépendant. Le nombre de consultations effectuées sera également patient-dépendant, selon les demandes de chacun et les besoins du traitement.

### **2.3. PRÉSENTATION DES OUTILS D'ÉVALUATION**

Afin d'évaluer au mieux la qualité de vie des patients sous chimiothérapie, le QLQ-C30 (ANNEXE II) ainsi que le tableau d'évaluation palpatoire des dysfonctions tissulaires (ANNEXE III) ont été utilisés.

Le QLQ-C30 permet d'étudier la qualité de vie des patients sous chimiothérapie. Cet outil a été proposé par l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC)<sup>32</sup>. Différentes études<sup>33,34</sup> ont démontré que le QLQ-C30 est l'outil le plus adapté pour évaluer la qualité de vie des patients en oncologie. La troisième version de cet auto-questionnaire psychométrique a été utilisée.

Ce questionnaire est fait en incluant les remarques des patients atteints de cancer afin de le rendre le plus objectif possible. Il permet de déterminer l'état de santé général, les effets secondaires et la qualité de vie. Il est utilisé depuis 1997, traduit dans cent-vingt langues et utilisé dans plus de cinq milles études dans le monde<sup>33</sup>.

Le QLQ-C30 est composé de trente items qui aboutissent à quinze scores, répartis en trois principaux domaines<sup>32</sup> :

- un domaine de santé globale et de qualité de vie ;
- cinq domaines fonctionnels : activités physiques, activités quotidiennes, fonctions cognitives, bien-être émotionnel et bien-être social ;
- neuf domaines de symptômes : fatigue, douleurs, nausées et vomissements, dyspnée, perturbations du sommeil, perte d'appétit, signes digestifs, impact financier.

Cet outil sera rempli par le patient avant chaque prise en charge, au cours de chaque consultation d'ostéopathie.

La cotation et l'évolution des dysfonctions tissulaires est basée sur « l'Échelle de cotation palpatoire des dysfonctions tissulaires », telle que définie par consensus par un comité d'experts à l'Ecole Supérieure d'Ostéopathie le 6 juillet 2019, et validée par le Conseil Scientifique de l'ESO le 3 mars 2020. Cette échelle repose sur quatre critères (Mobilité, Viscoélasticité, Texture, Température), chaque critère est coté en binaire (0 si l'item n'est pas retrouvé ou 1 si l'item est présent). Chaque zone testée peut aboutir à un score compris entre 0 et 4, établi par somme des quatre critères. Cet outil sera rempli par le praticien à l'issue de la phase de tests lors de chaque consultation d'ostéopathie.

## 2.4. MÉTHODOLOGIE STATISTIQUE

Les données traitées dans le questionnaire QLQ-C30 ont été exploitées à la fin de l'étude afin de ne pas être influencé par les évaluations précédentes. Une analyse statistique logicielle a été faite et des graphiques ainsi que des tableaux récapitulatifs des résultats ont été réalisés en calculant les moyennes et les écarts-types de chaque variable à différents temps de mesure en se basant sur les trois principaux domaines décrits par l'EORTC.

Le manuel de notation du QLQ-C30 fourni par l'EORTC<sup>32</sup> a donc été utilisé pour étudier les données récoltées grâce au questionnaire. Le principe de notation est le même dans tous les cas : la moyenne des éléments du domaine étudié a été faite dans un premier temps, elle correspond au "score brut". Ensuite, une transformation linéaire a été effectuée pour standardiser ce score brut afin que les scores finaux varient de 0 à 100. Un score élevé sur une échelle représente un niveau de réponse plus élevé. Ainsi, un score élevé pour une échelle fonctionnelle représente un niveau de fonctionnement élevé donc sain de fonctionnement. Un score élevé pour l'état de santé globale représente une haute qualité de vie. En revanche, un score élevé pour les symptômes représente un niveau élevé de symptomatologie donc pire. Une moyenne de chaque domaine a également été réalisée, tous patients confondus, afin de juger de l'évolution globale de la qualité de vie.

En résumé, l'analyse du questionnaire se divise en trois parties. Pour supposer que la qualité de vie s'améliore, il est donc attendu que la santé fonctionnelle augmente au fil des consultations, que les symptômes diminuent et que la santé globale augmente également.

Les données de l'EPDT ont été récoltées à la fin de l'étude et un diagramme en radar a été fait pour évaluer l'évolution des dysfonctions ostéopathiques retrouvées au fur et à mesure des consultations.



### 3. RÉSULTATS

#### 3.1. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR PATIENTS

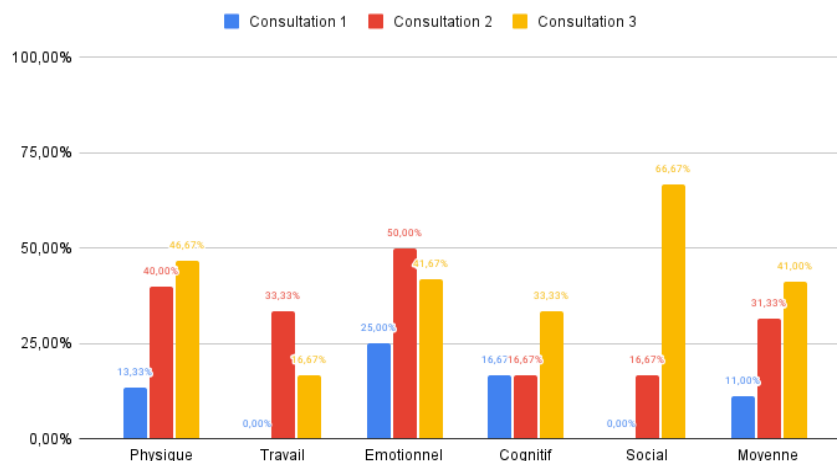
##### 3.1.1. Patiente A

La patiente A est âgée de 48 ans. Elle est atteinte d'un cancer du sein de stade IV qui lui a été diagnostiqué en Juillet 2018 suite à des lombalgies chroniques qui se sont révélées être liées à une métastase au niveau de L5-S1. Il existe quatre stades de cancer du sein ; plus le stade est élevé, plus le cancer est grave. Cette patiente est présidente et gérante d'une association depuis son cancer et anciennement aide-soignante. Elle a eu recours à une cimentoplastie et a été sous chimiothérapie durant cinq années. Elle est désormais en rémission depuis Juillet 2023 mais toujours sous traitement hormonal. La patiente, hyperalgique, est venue consulter pour des lombalgies. Cette douleur est constante depuis cinq ans et handicapante dans sa vie de tous les jours. Lors des deuxième (C2) et troisième consultations (C3), la douleur était toujours présente mais moins algique en C2. Lors de la dernière consultation, l'intensité de ses lombalgies s'est aggravée, on peut mettre cela en lien avec la rechute du cancer qui a eu un impact émotionnel très important sur le moral de cette patiente. C'est donc la zone lombaire qui a principalement été prise en charge à chaque consultation. Selon les données récoltées lors du remplissage du QLQ-C30 lors de la première consultation d'ostéopathie, initialement sa santé fonctionnelle était de 11% ; l'intensité de ses symptômes de 74,07% et sa santé globale de 25%

**Tableau 3 : Planning des consultations de la patiente A**

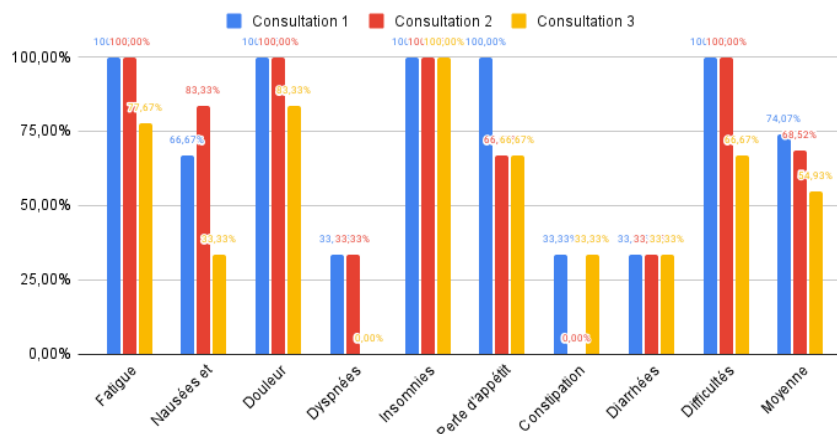
| Consultation 1 | Consultation 2 | Consultation 3 |
|----------------|----------------|----------------|
| 21/09/2023     | 03/10/2023     | 25/10/2023     |

### 3.1.1.1. Questionnaire QLQ-C30



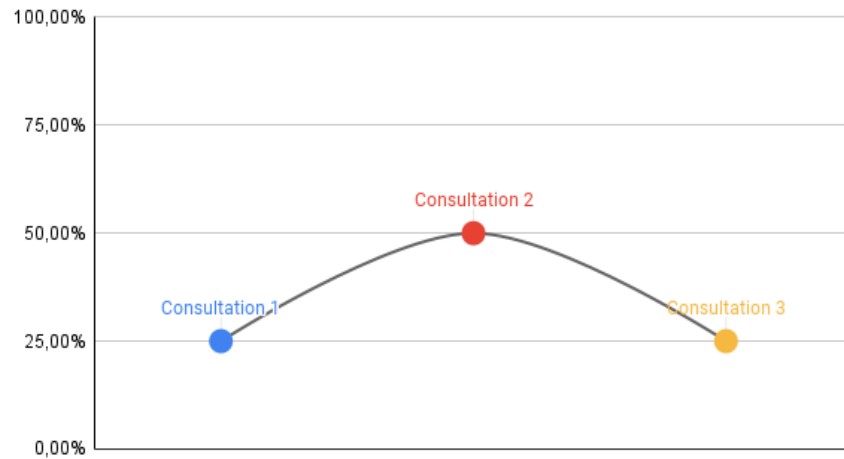
**Figure 1 : Évolution de la santé fonctionnelle chez la patiente A**

Le score moyen obtenu lors de la première consultation (C1) est de 11%. Lors de la deuxième consultation, ce score est passé à 31,33% ; une augmentation est donc observée. C'est également le cas pour les scores obtenus entre la deuxième et la troisième consultation. En effet, la santé fonctionnelle a augmenté de 30 points entre C1 et C3 (passant de 11% à 41%) ; notamment sur les plans physique, cognitif et social.



**Figure 2 : Évolution des symptômes chez la patiente A**

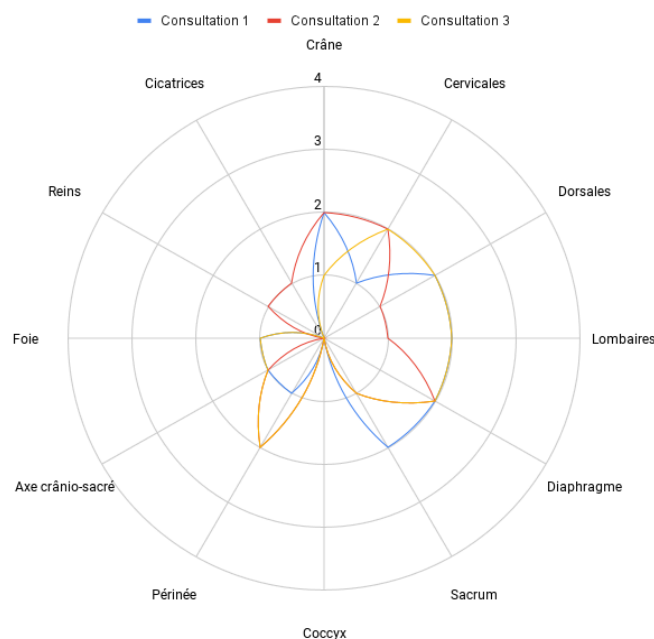
Les symptômes ressentis par la patiente A ont diminué entre C1 et C3. En effet, une diminution moyenne de 20 points est observée. La fatigue est passée de 100% à 78% ; les nausées et vomissements ont diminué de moitié et les dyspnées ont disparu. Le score de la douleur qui était le motif de consultation principal a également diminué de 17 points. En ce qui concerne les pertes d'appétit, une diminution de 33 points est également observée. En revanche, les insomnies, les constipations et les diarrhées n'évoluent pas entre C1 et C3.



**Figure 3 : Évolution de la santé globale chez la patiente A**

La santé globale a augmenté de moitié entre la première et la deuxième consultation. En revanche, une diminution entre C2 et C3 est observée, revenant au score initial de 25%.

### 3.1.1.2. Évaluation Palpatoire des Dysfonctions Tissulaires



**Figure 4 : Évolution des dysfonctions de la patiente A**

Les principales zones dysfonctionnelles retrouvées chez la patiente A se concentrent majoritairement sur l'ensemble du rachis ainsi que le bassin (périnée, sacrum) lors de la première consultation. Une augmentation des dysfonctions est remise en évidence à la troisième consultation alors que celles-ci s'étaient améliorées entre C1 et C2.

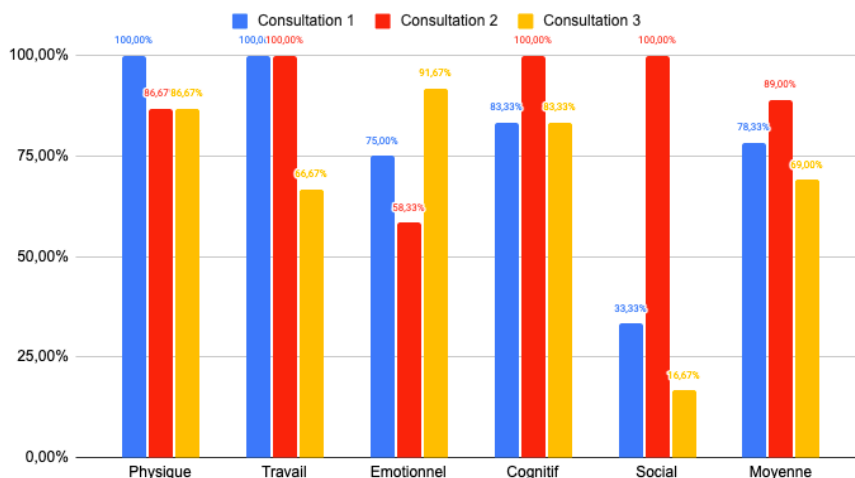
### 3.1.2. Patiente B

La patiente B est âgée de 56 ans, elle a été diagnostiquée d'un cancer du sein en Mars 2023 et est en arrêt maladie depuis. C'est un cancer de stade I, sans métastase. Elle a eu recours à la chimiothérapie pendant neuf mois et le traitement s'est poursuivi avec de la radiothérapie et de l'hormonothérapie. La chimiothérapie s'est terminée en Novembre 2023, soit entre la première et la deuxième consultation d'ostéopathie. La patiente est venue consulter pour une lombalgie connue depuis deux semaines en regard de L4-L5, sur un antécédent de discopathie. Lors de la deuxième consultation, la douleur était toujours présente mais de moindre intensité, ce qui semble être lié à l'arrêt de la chimiothérapie et donc à la diminution de la sédentarité. Enfin, au retour des vacances de la patiente, celle-ci a manifesté une grosse fatigue et l'appréhension d'une potentielle rechute depuis l'annonce de la rémission. Malheureusement, elle n'a pas pu se rendre à la clinique de l'ESO dans un souci d'emploi du temps. Néanmoins, le questionnaire étant habituellement rempli au début de chaque consultation, il a donc pu être rempli à distance par la patiente afin de pouvoir analyser les résultats. En revanche, la consultation n'a pas encore pu être effectuée. Selon les données récoltées lors du remplissage du QLQ-C30 lors de la première consultation d'ostéopathie, initialement sa santé fonctionnelle était de 78,33% ; l'intensité de ses symptômes de 26,56% et sa santé globale de 66,67%.

**Tableau 4 : Planning des consultations de la patiente B**

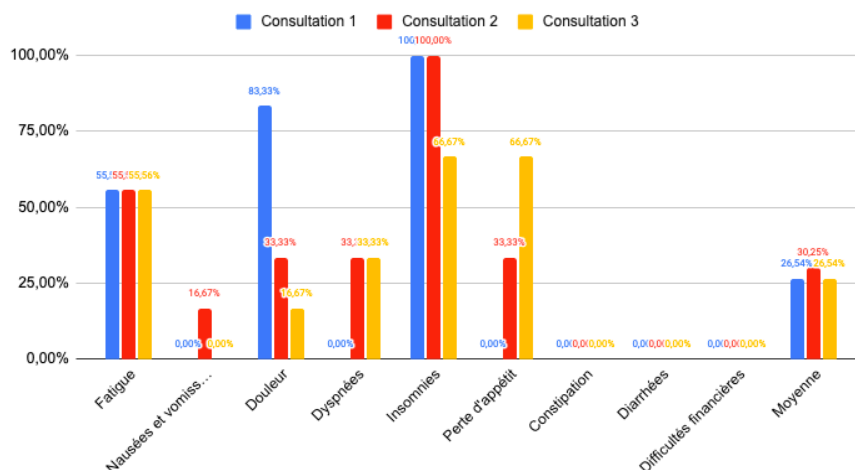
| Consultation 1 | Consultation 2 |
|----------------|----------------|
| 04/10/2023     | 07/03/2024     |

### 3.1.2.1. Questionnaire QLQ-C30



**Figure 5 : Évolution de la santé fonctionnelle chez la patiente B**

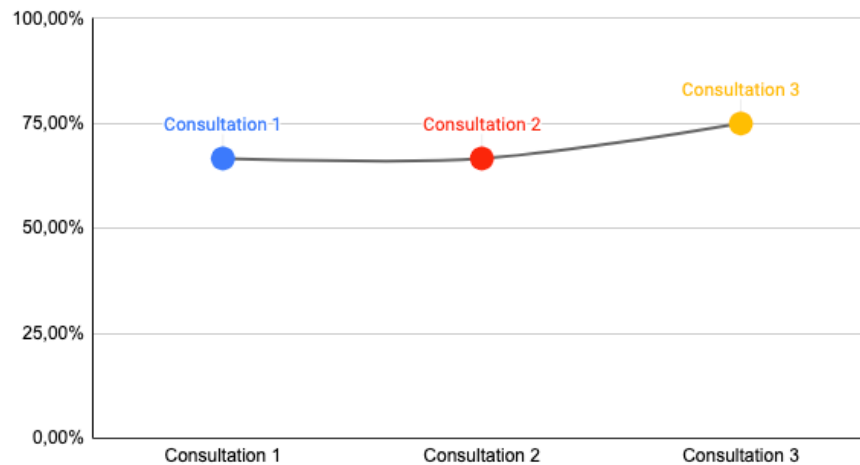
En moyenne, une légère augmentation de la santé fonctionnelle de 11 points entre C1 et C2 est observée. Cette augmentation se retrouve principalement pour les domaines cognitif et social. En revanche, une légère diminution de la santé physique ainsi qu'émotionnelle est remise en évidence. Finalement, après la deuxième consultation, il y a une diminution dans tous les domaines de la santé fonctionnelle, sauf l'émotionnel. En moyenne, une diminution de 9,33% entre le début et la fin de la prise en charge est retrouvée.



**Figure 6 : Évolution des symptômes chez la patiente B**

Entre les 2 premières consultations, une légère augmentation de 3 points est observée. Effectivement, certains symptômes non connus auparavant sont apparus tels que des nausées et vomissements qui sont à nouveau descendus à 0% après ces deux premières consultations, mais aussi des dyspnées ainsi que des pertes d'appétit dont l'intensité n'a fait qu'augmenter au fil des consultations. En revanche, une diminution de la douleur qui était le motif de

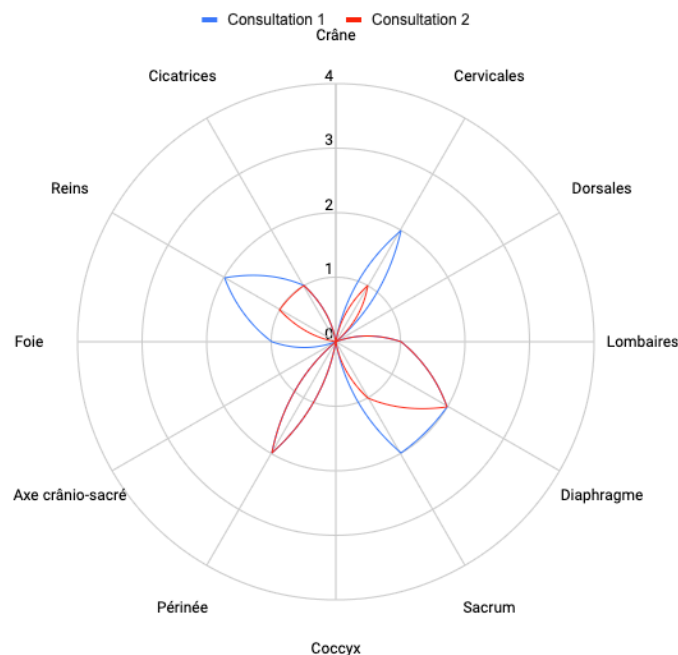
consultation principal est observée entre C1 et C2 puis à nouveau de 16,66 points avant C3. En moyenne, bien qu'une légère augmentation des symptômes entre la première et la deuxième consultation est notée ; il n'y a finalement pas d'amélioration ou de dégradation des symptômes observés entre le début et la fin.



**Figure 7 : Évolution de la santé globale chez la patiente B**

Il n'y a pas de variation du score de la santé globale, qui reste à 66,67% entre les deux premières consultations. En revanche, avant la troisième consultation, une amélioration de 8,33% de la santé globale est observée.

### 3.1.2.2. Évaluation Palpatoire des Dysfonctions Tissulaires-



**Figure 8 : Évolution des dysfonctions de la patiente B**

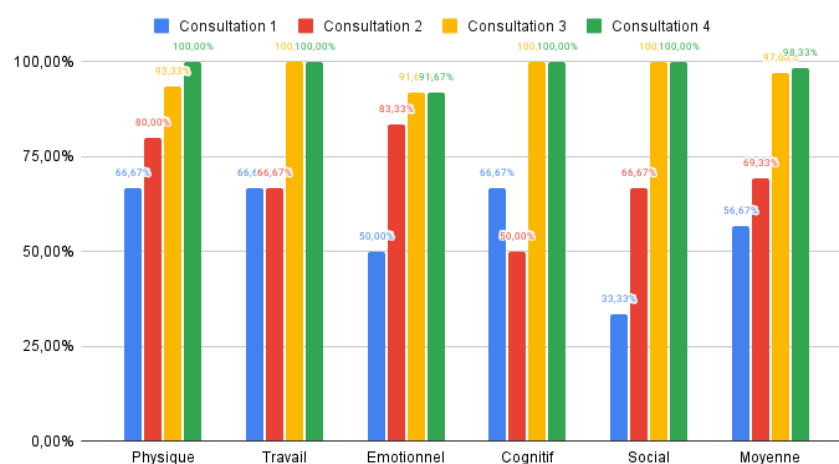
Les principales zones dysfonctionnelles retrouvées chez la patiente B se concentrent majoritairement sur l'ensemble du rachis ainsi que le bassin (périnée, sacrum) et la sphère viscérale (foie, reins). Lors de la deuxième consultation, les dysfonctions retrouvées sont similaires mais une amélioration en regard des cicatrices, des reins, des cervicales et du sacrum est notée. La troisième consultation n'ayant pas encore eu lieu, les dysfonctions n'ont pas pu être notées.

### 3.1.3. Patiente C

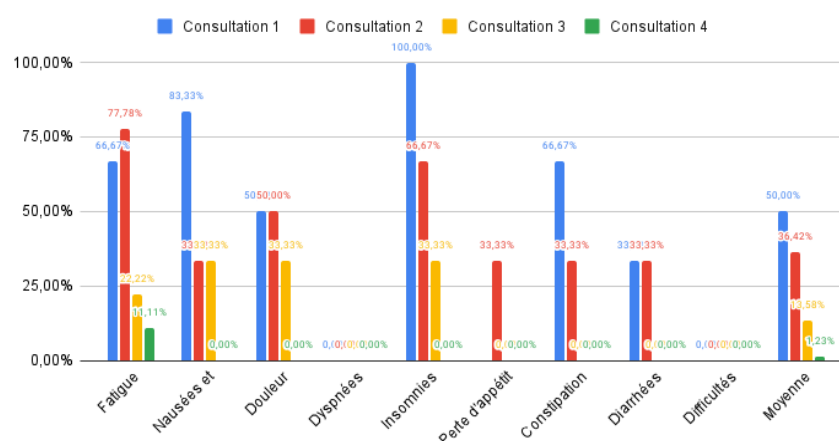
La patiente C est âgée de 49 ans, elle est conseillère pédagogique dans un lycée. Elle a eu un premier cancer du sein en 2009 puis après une période de rémission, celui-ci a récidivé en 2014 avec l'apparition de métastases pulmonaires. En 2009, elle a bénéficié d'un traitement chimiothérapeutique à raison d'une fois toutes les trois semaines pendant un an, puis d'une radiothérapie quotidienne durant un mois. Suite à la récurrence, elle a repris une chimiothérapie une fois par semaine pendant un an. Ensuite, de 2015 à 2021 elle a suivi une radiothérapie au niveau thoracique pour attaquer la tumeur car l'opération chirurgicale n'était pas possible. Depuis 2021, la patiente est sous immunothérapie environ toutes les 3-4 semaines en fonction des résultats des bilans sanguins. Enfin, depuis Novembre 2023, elle suit à nouveau une chimiothérapie pour les métastases pulmonaires environ toutes les 4-5 semaines. La patiente est venue consulter pour des cervico-scapulalgies bilatérales connues depuis la veille à la suite d'une crise de vomissements. Ces crises sont connues par la patiente environ une fois par mois, associées à des ballonnements et des douleurs abdominales. Elles semblent liées aux chimiothérapies et se terminent la plupart du temps par des cervico-scapulalgies bilatérales. Lors de la deuxième consultation, la patiente présentait toujours ces cervico-scapulalgies, mais la crise vomitive était moins intense. Depuis la troisième consultation, la patiente n'a plus du tout connu ces crises. En C3, son motif de consultation était des douleurs abdominales mais seulement à type de ballonnement, survenues suite à une grosse période de stress au travail. Enfin, lors de la dernière consultation, la patiente ne présentait plus aucune douleur, un bilan ostéopathique a donc été réalisé. Selon les données récoltées lors du remplissage du QLQ-C30 lors de la première consultation d'ostéopathie, initialement sa santé fonctionnelle était de 56,67% ; l'intensité de ses symptômes de 50% et sa santé globale de 58,33%.

**Tableau 5 : Planning des consultations de la patiente C**

| Consultation 1 | Consultation 2 | Consultation 3 | Consultation 4 |
|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 24/10/2023     | 22/11/2023     | 06/12/2023     | 07/02/2024     |

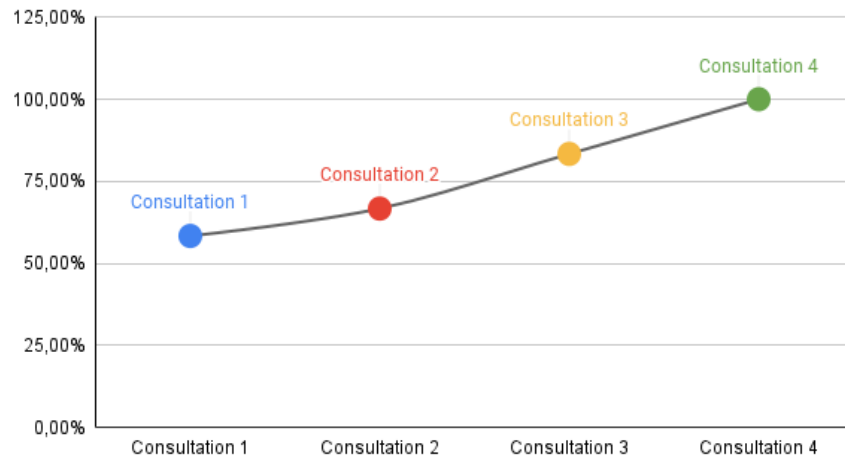
**3.1.3.1. Questionnaire QLQ-C30****Figure 9 : Évolution de la santé fonctionnelle chez la patiente C**

Chez cette patiente, une nette amélioration de la santé fonctionnelle est observée au fil des consultations. En effet, mis à part l'item émotionnel, toutes les catégories ont atteint 100%. En moyenne, la santé fonctionnelle a augmenté de 41 points.

**Figure 10 : Évolution des symptômes chez la patiente C**

En ce qui concerne les symptômes ressentis par la patiente, une amélioration est également observée ; en effet les scores sont désormais quasiment tous à 0%. Le seul symptôme encore remis en évidence lors de la quatrième et dernière consultation est la fatigue qui a tout de même diminué de 56 points depuis le début de la prise en charge.

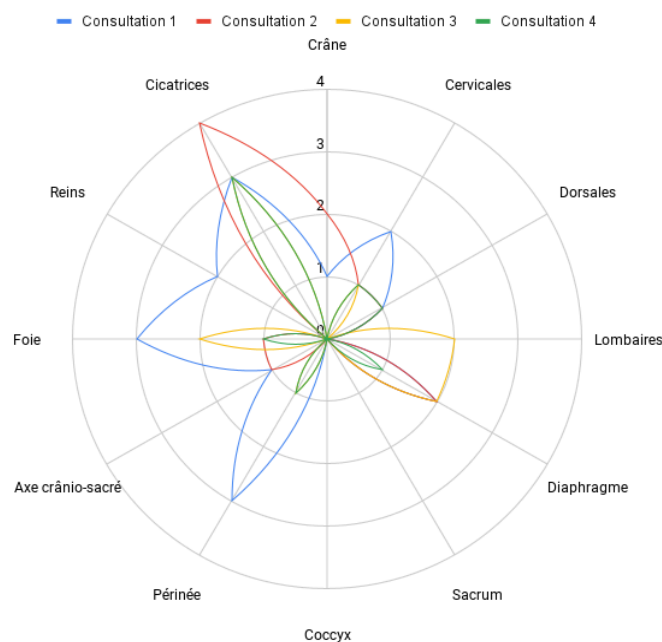




**Figure 11 : Évolution de la santé globale chez la patiente C**

Pour finir, une amélioration de la santé globale est également remarquée. En effet, au fil des consultations celle-ci augmente à chaque fois d'environ 14 points en moyenne, jusqu'à atteindre le score maximale de 100%.

### 3.1.3.2. Évaluation Palpatoire des Dysfonctions Tissulaires



**Figure 12 : Évolution des dysfonctions de la patiente C**

Les zones principalement dysfonctionnelles chez cette patiente se trouvaient principalement au niveau de la sphère viscérale (foie, reins). La cicatrice ganglionnaire axillaire était également à investiguer. Au fur et à mesure des consultations, ces dysfonctions se sont améliorées dans tous les domaines, même si elles sont encore très présentes en regard des cicatrices.

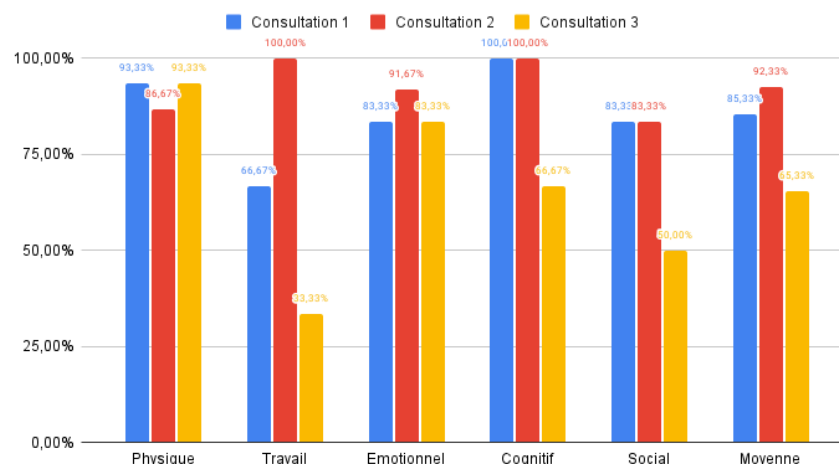
### 3.1.4. Patiente D

La patiente D est âgée de 57 ans, elle est responsable informatique. Un cancer du sein Her2+ (signifiant que le cancer est plus agressif), non hormono-dépendant, lui a été diagnostiqué en 2020 avec présence de métastases dans le cou à droite. La tumeur ainsi que la chaîne ganglionnaire droite ont été retirées par chirurgie. La patiente a été sous chimiothérapie de Janvier à Juillet 2020 et le traitement s'en est suivi par une ablation de la tumeur en Août 2020 puis une radiothérapie quotidienne pendant un mois en Septembre 2020. Désormais, elle est sous chimiothérapie sous-cutanée toutes les trois semaines, prévue jusqu'en 2025. Elle est venue initialement consulter pour une lombalgie diffuse en regard de L3-L4 à droite. Suite à cette première consultation, la lombalgie de la patiente s'est améliorée mais elle a ensuite décrit une costalgie en regard de K10 à droite connue seulement lors des facteurs algiques (étternuements, quintes de toux, passage de la position allongée à debout, rotations de rachis) depuis Juillet 2023. Selon les médecins, cette symptomatologie pourrait être considérée comme un potentiel effet secondaire de chimiothérapie. En C3 cette costalgie était toujours présente associée à une dorso-lombalgie suite à une infection à la Covid-19 et à une infection pulmonaire ayant entraîné de grosses asthénies et des quintes de toux (étant un facteur algique de la costalgie). Selon les données récoltées lors du remplissage du QLQ-C30 lors de la première consultation d'ostéopathie, initialement sa santé fonctionnelle était de 85,33% ; l'intensité de ses symptômes de 12,96% et sa santé globale de 66,67%.

**Tableau 6 : Planning des consultations de la patiente D**

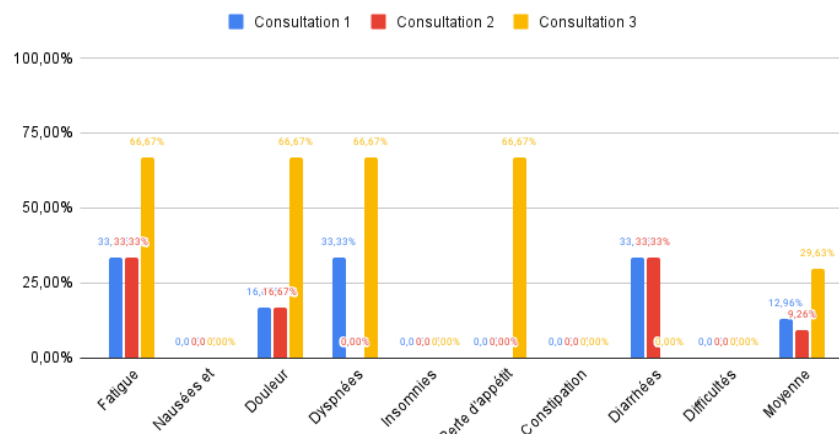
| Consultation 1 | Consultation 2 | Consultation 3 |
|----------------|----------------|----------------|
| 28/10/2023     | 14/11/2023     | 08/12/2023     |

### 3.1.4.1. Questionnaire QLQ-C30



**Figure 13 : Évolution de la santé fonctionnelle chez la patiente D**

Une amélioration entre la première et la deuxième consultation est notée mais cela s'est dégradé lors de la troisième consultation pour atteindre un score plus bas qu'initialement. En effet, la santé globale a diminué d'en moyenne 20 points entre C1 et C3 ; cette diminution se retrouve notamment pour le travail, le cognitif et le social. Les autres items ont quant à eux stagné ; aucune amélioration n'est remise en évidence.



**Figure 14 : Évolution des symptômes chez la patiente D**

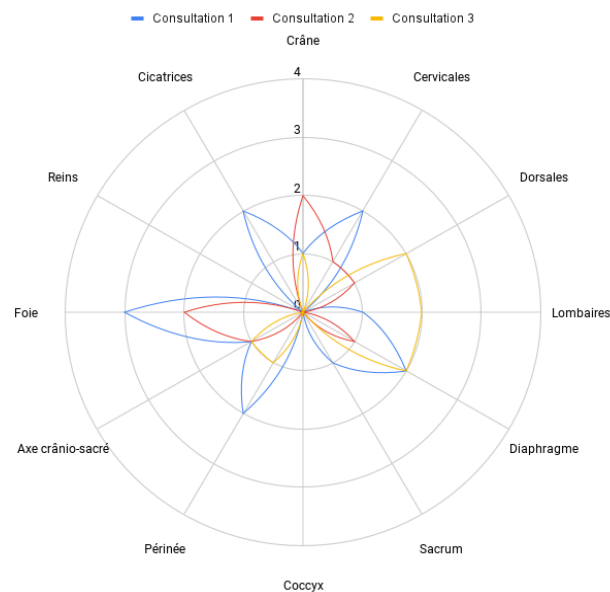
Là aussi, une amélioration des symptômes n'est pas remise en évidence mais, au contraire, une aggravation surtout entre la première et la dernière consultation. Effectivement, certains symptômes initialement absents ou peu présents sont apparus ou ont augmentés au cours de l'étude comme la fatigue dont le score a doublé, la douleur qui a quadruplé ou encore la perte d'appétit qui n'est présente qu'à la troisième consultation. Même si entre C1 et C2 le score moyen avait légèrement diminué ; il a au final augmenté de 17 points entre le début et la fin de la prise en charge.



**Figure 15 : Évolution de la santé globale chez la patiente D**

La santé globale de la patiente a augmenté entre C1 et C2 de 16 points mais une diminution entre C2 et C3 de 33 points est observée, ce qui amène à un score finalement plus bas que le score initial.

### 3.1.4.2. Evaluation Palpatoire des Dysfonctions Tissulaires



**Figure 16 : Évolution des dysfonctions de la patiente D**

Chez cette patiente, beaucoup de zones ont été retrouvées en dysfonctions telles que les zones viscérales, rachidiennes ; mais aussi le bassin et le crâne. Peu d'améliorations de ces dysfonctions entre le début et la fin de la prise en charge ont été remises en évidence, excepté pour le rachis cervical, le périnée et le crâne.

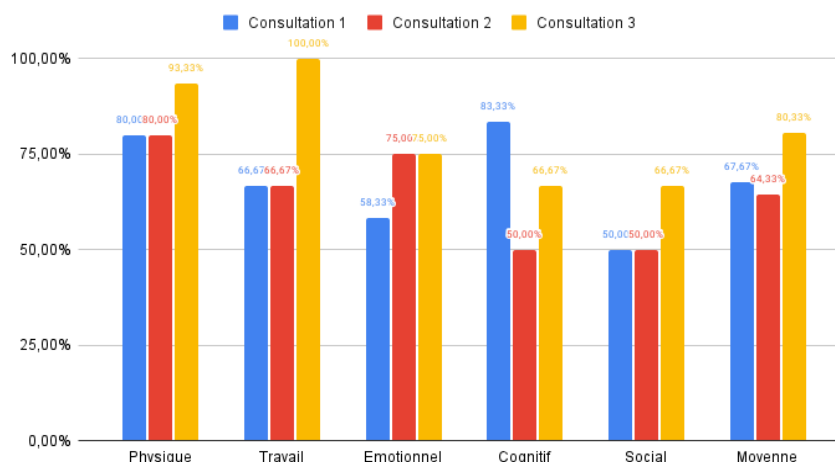
### 3.1.5. Patient E

Le patient E est le seul homme de cette étude, il est âgé de 45 ans et un cancer lui a été diagnostiqué en Juin 2022. Depuis, il est en arrêt maladie (anciennement préparateur en pharmacie). Il est atteint d'un cancer du canal anal, avec des métastases hépatiques et lombo-aortiques. Son traitement s'est d'abord composé de chimiothérapie pendant six mois puis de 36 consultations de radiothérapie. Depuis Novembre 2022, le patient est en rémission mais toujours sous chimiothérapie de maintien ; initialement c'était une semaine sur deux avec pose de la pompe le lundi et dépose le mercredi. Depuis Décembre 2023, un nouveau traitement plus léger lui a été proposé avec des comprimés et une seule chimiothérapie mensuelle (semaine 1 : comprimés ; semaine 2 : comprimés ; semaine 3 : pas de traitement ; semaine 4 : comprimés + chimiothérapie). Le patient est venu consulter pour une cervicalgie bilatérale, diffuse en regard de C3-C4. Au fur et à mesure des consultations, cette symptomatologie s'est améliorée et le patient ne la décrivait plus comme une douleur mais comme une gêne, moins présente qu'avant. Selon les données récoltées lors du remplissage du QLQ-C30 lors de la première consultation d'ostéopathie, initialement sa santé fonctionnelle était de 67,67% ; l'intensité de ses symptômes de 33,96% et sa santé globale de 33,33%.

**Tableau 7 : Planning des consultations du patient E**

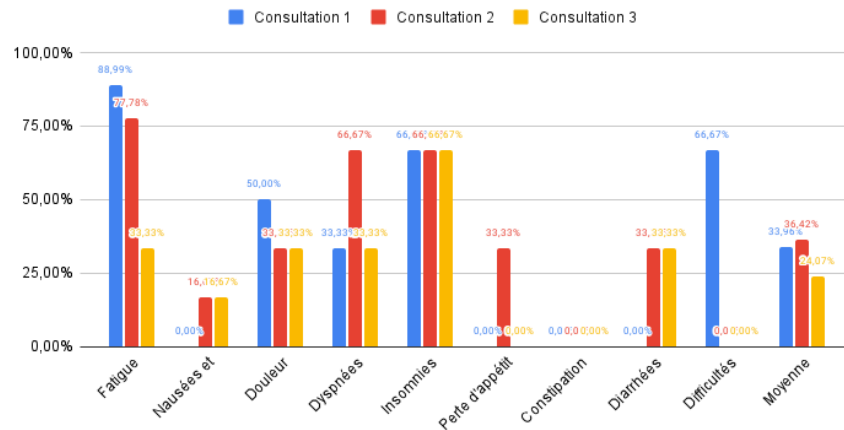
| Consultation 1 | Consultation 2 | Consultation 3 |
|----------------|----------------|----------------|
| 14/11/2023     | 15/12/2023     | 10/02/2024     |

#### 3.1.5.1. Questionnaire QLQ-C30



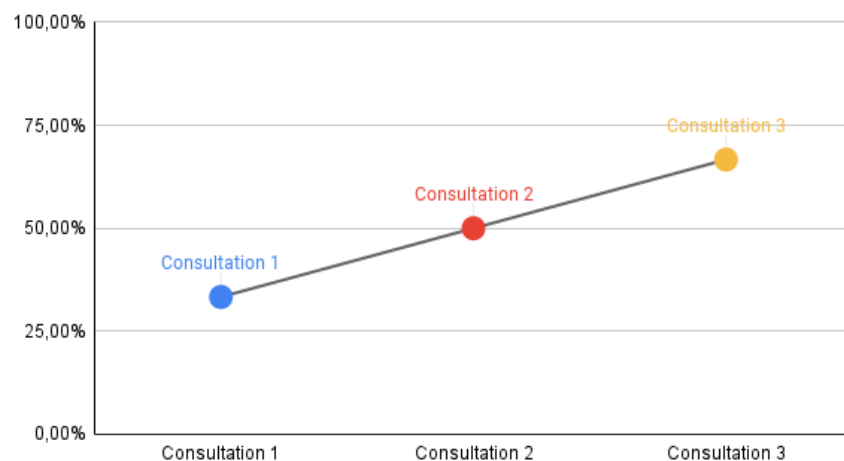
**Figure 17 : Évolution de la santé fonctionnelle chez le patient E**

Entre la première et la deuxième consultation, il y a eu très peu d'évolution des scores ; ce qui entraîne une légère diminution de 3 points en moyenne. En revanche, une augmentation de ces scores est observée entre C2 et C3 dans tous les domaines sauf l'émotionnel qui stagne à 75%. Une évolution positive de la santé fonctionnelle du patient de 12 points en moyenne est donc notée entre le début et la fin de la prise en charge.



**Figure 18 : Évolution des symptômes chez le patient E**

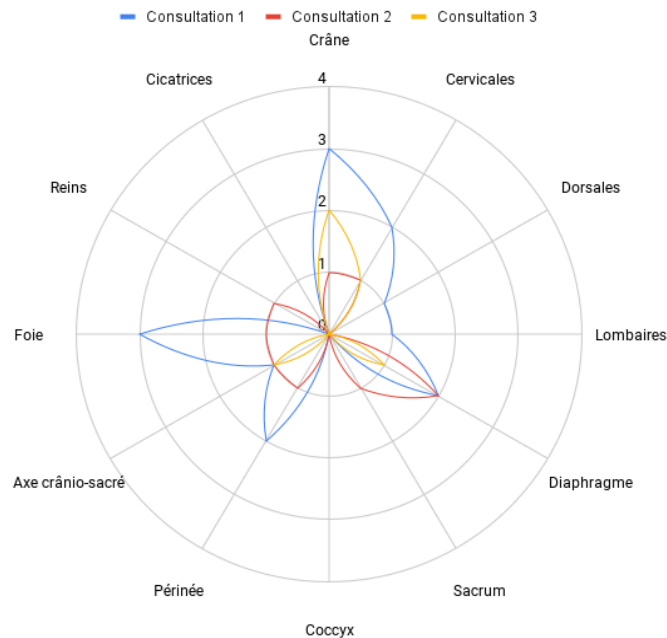
En ce qui concerne l'évolution des symptômes pour le patient E, celle-ci est très hétérogène. En effet, au fil des consultations, certains symptômes ont évolué positivement (fatigue, douleur, difficultés financières) tandis que d'autres se sont dégradés (dyspnées, pertes d'appétit, diarrhées). Il n'y a eu aucune évolution pour les insomnies. En moyenne, une évolution positive des symptômes est tout de même notée, avec une diminution de 10 points entre C1 et C3 ; bien que ceux-ci aient augmentés de 2 points en moyenne entre les deux premières consultations.



**Figure 19 : Évolution de la santé globale chez le patient E**

Pour finir, une amélioration de la santé globale est observée. En effet, au fil des consultations elle augmente à chaque fois d'environ 17 points en moyenne, passant d'un score de 33% jusqu'à atteindre 67% entre C1 et C3.

### 3.1.5.2. Évaluation Palpatoire des Dysfonctions Tissulaires



**Figure 20 : Évolution des dysfonctions chez le patient E**

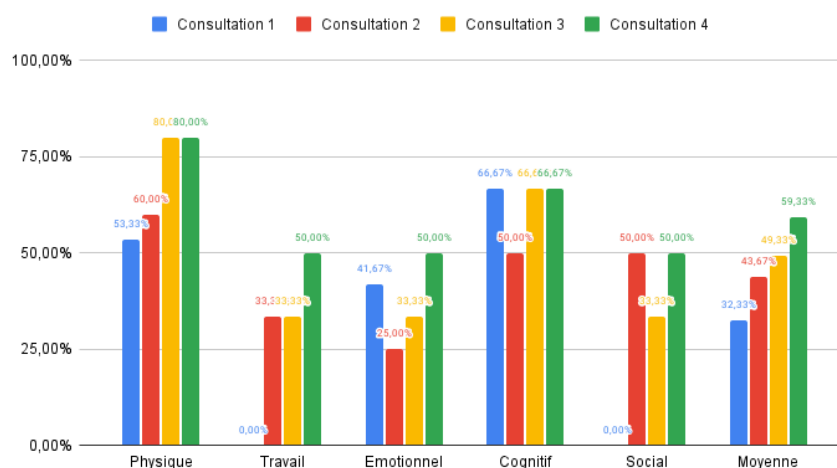
Lors de la première consultation, les principales dysfonctions retrouvées étaient au niveau crânio-cervical mais aussi en regard du thorax et de la sphère digestive (foie). Lors de la deuxième consultation, ces dysfonctions se sont améliorées pour qu'au final en C3 il n'en reste plus qu'au niveau du diaphragme, du crâne et de l'axe crânio-sacré. Une amélioration est donc notée dans l'évolution des dysfonctions pour ce patient.

### 3.1.6. Patiente F

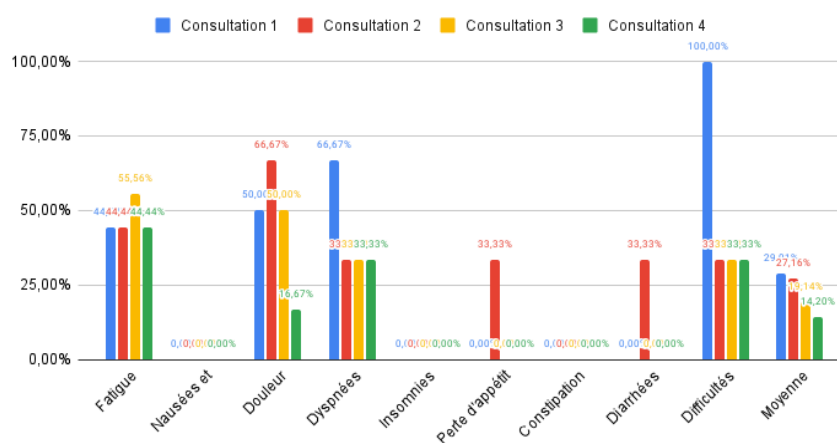
La patiente F est âgée de 47 ans, et atteinte d'un cancer du sein Her2+ diagnostiqué en Juin 2023. Elle est en arrêt maladie et en cours de traitement sous chimiothérapie. Sa tumeur présente dans son sein droit a été retirée en Décembre 2023. Elle est venue consulter pour de l'anxiété liée à sa maladie. La patiente présente une forte appréhension sur les zones thoracique et scapulaire droite par peur de déclencher une douleur au niveau de la tumeur ; ainsi lors des deux premières consultations ces zones n'ont pu être que très peu abordées. Selon les données récoltées lors du remplissage du QLQ-C30 lors de la première consultation d'ostéopathie, initialement sa santé fonctionnelle était de 32,33% ; l'intensité de ses symptômes de 29,01% et sa santé globale de 41,67%.

**Tableau 8 : Planning des consultations de la patiente F**

| Consultation 1 | Consultation 2 | Consultation 3 | Consultation 4 |
|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 17/11/2023     | 08/12/2023     | 01/03/2024     | 15/03/2024     |

**3.1.6.1. Questionnaire QLQ-C30****Figure 21 : Évolution de la santé fonctionnelle chez la patiente F**

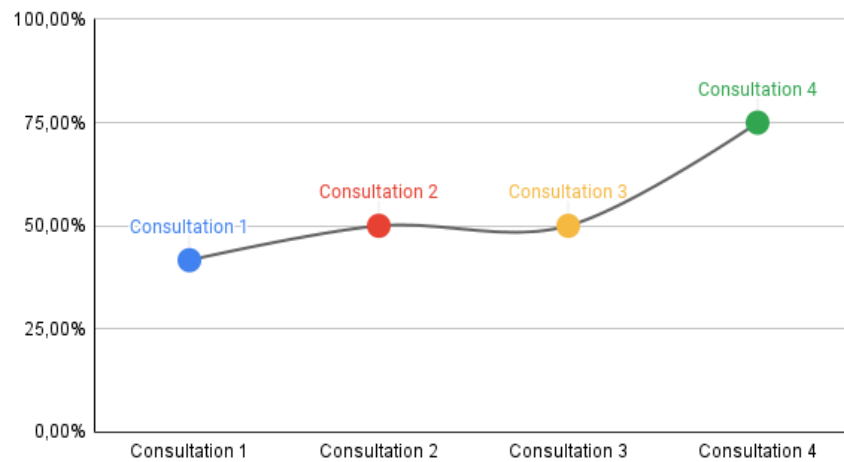
Chez cette patiente, une amélioration de la santé fonctionnelle est observée au fil des consultations. En effet, pour toutes les catégories le score a augmenté entre C1 et la quatrième consultation (C4). Cette augmentation n'a pas été linéaire notamment pour les items émotionnel, cognitif et social qui ont diminués puis ré-augmentés. En moyenne, la santé fonctionnelle a augmenté de 27 points.

**Figure 22 : Évolution des symptômes chez la patiente F**

Dès le début de l'étude, cette patiente ne présente pas beaucoup de symptômes, effectivement, elle n'a pas de nausées et vomissements, d'insomnies ou de constipations et



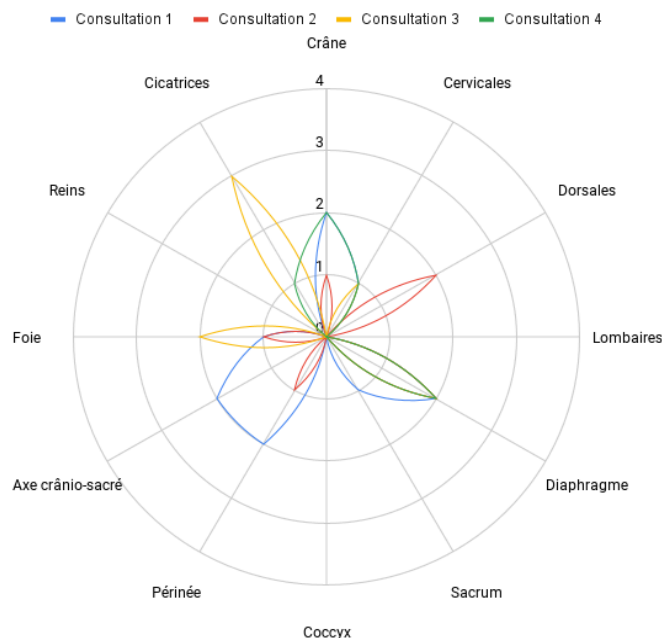
très peu de pertes d'appétit et de diarrhées. Le score moyen des symptômes était donc déjà bas mais à tout de même diminué au fur et à mesure des consultations de 15 points entre C1 et C4. C'est au niveau de l'item "douleur" que l'amélioration la plus importante est observée.



**Figure 23 : Évolution de la santé globale chez la patiente F**

Pour finir, une amélioration de la santé globale est également observée. En effet, malgré le score stagnant entre C2 et C3, une évolution moyenne de 33 points entre la première et la dernière consultation est tout de même observée.

### 3.1.6.2. Évaluation Palpatoire des Dysfonctions Tissulaires

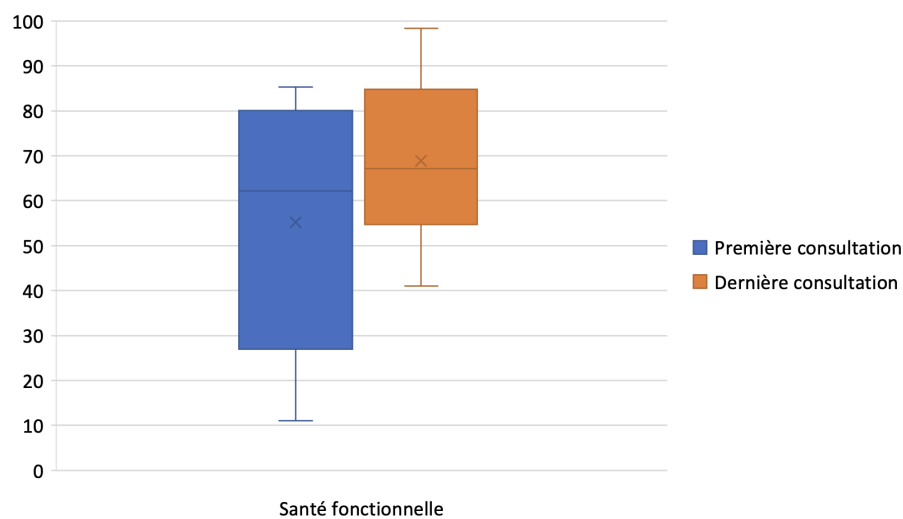


**Figure 24 : Évolution des dysfonctions de la patiente F**

Lors de la première consultation, les principales zones dysfonctionnelles retrouvées chez la patiente F se concentrent en regard du périnée, du diaphragme et de l'axe crânio-sacré. Au fur et à mesure des consultations une amélioration de ces dysfonctions est observée, excepté en regard du diaphragme. À partir de la troisième consultation, les principales dysfonctions retrouvées ne sont plus qu'au niveau des cicatrices et du diaphragme. Une amélioration au fur et à mesure des consultations est donc notée.

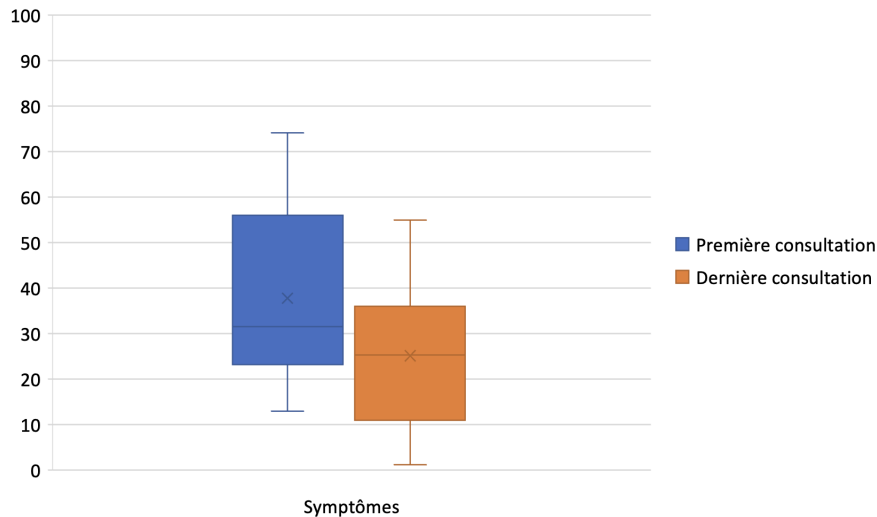
## 3.2. ÉTUDE DES RÉSULTATS GLOBAUX

### 3.2.1. Questionnaire QLQ-C30



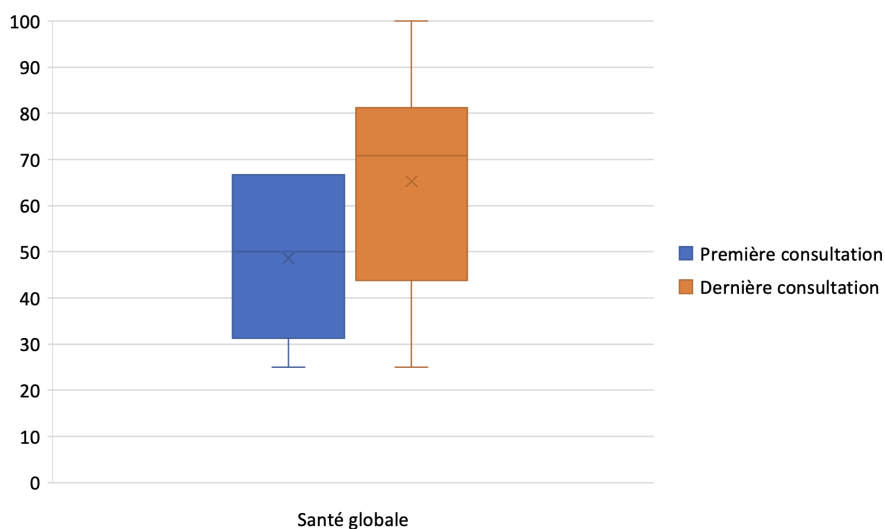
**Figure 25 : Boîtes à moustaches représentant l'évolution moyenne de la santé fonctionnelle entre la première et la dernière consultation**

Concernant les résultats obtenus pour la santé fonctionnelle en début d'expérience, le score moyen était de  $55,22 \pm 28,56$  avec des valeurs extrêmes allant de 11 à 85,33. En fin de prise en charge, le score moyen était de  $68,99 \pm 19,39$  avec des valeurs extrêmes allant de 41 à 98,33. En moyenne, on observe donc une évolution positive de la qualité de vie.



**Figure 26 : Boîtes à moustaches représentant l'évolution moyenne des symptômes entre la première et la dernière consultation**

Concernant les résultats obtenus pour les symptômes en début d'expérience, le score moyen était de  $37,76 \pm 21,45$  avec des valeurs extrêmes allant de 12,96 à 74,07. En fin de prise en charge, le score moyen était de  $25,10 \pm 17,90$  avec des valeurs extrêmes allant de 1,23 à 54,93. En moyenne, on observe donc une évolution positive des symptômes.



**Figure 27 : Boîtes à moustaches représentant l'évolution moyenne de la santé globale entre la première et la dernière consultation**

Concernant les résultats obtenus pour les symptômes en début d'expérience, le score moyen était de  $48,61 \pm 17,81$  avec des valeurs extrêmes allant de 25 à 66,67. En fin de prise en charge, le score moyen était de  $65,28 \pm 25,50$  avec des valeurs extrêmes allant de 25 à 100. En moyenne, on observe donc une évolution positive de la santé globale.

### 3.3. ANALYSE STATISTIQUE

#### 3.3.1. Statistiques descriptives

**Tableau 9 : Analyse descriptive des patients**

|                          | Santé fonctionnelle C1 | Santé fonctionnelle C2 | Santé fonctionnelle C3 | Santé fonctionnelle C4 | Symptômes C1 | Symptômes C2 | Symptômes C3 | Symptômes C4 | Santé globale C1 | Santé globale C2 | Santé globale C3 | Santé globale C4 |
|--------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| N                        | 6                      | 6                      | 6                      | 2                      | 6            | 6            | 6            | 2            | 6                | 6                | 6                | 2                |
| Manquants                | 0                      | 0                      | 0                      | 4                      | 0            | 0            | 0            | 4            | 0                | 0                | 0                | 4                |
| Moyenne                  | 55.2                   | 65.0                   | 71.7                   | 78.8                   | 37.8         | 34.7         | 25.8         | 7.71         | 48.6             | 61.1             | 59.7             | 87.5             |
| Médiane                  | 62.2                   | 66.8                   | 72.8                   | 78.8                   | 31.5         | 33.3         | 21.6         | 7.71         | 50.0             | 58.3             | 58.3             | 87.5             |
| Ecart-type               | 28.6                   | 24.2                   | 23.8                   | 27.6                   | 21.4         | 19.4         | 15.6         | 9.17         | 17.8             | 13.6             | 22.6             | 17.7             |
| Minimum                  | 11.0                   | 31.3                   | 41.0                   | 59.3                   | 13.0         | 9.26         | 13.6         | 1.23         | 25.0             | 50.0             | 25.0             | 75.0             |
| Maximum                  | 85.3                   | 92.3                   | 97.0                   | 98.3                   | 74.1         | 68.5         | 54.9         | 14.2         | 66.7             | 83.3             | 83.3             | 100              |
| W de Shapiro-Wilk        | 0.933                  | 0.936                  | 0.906                  | NaN                    | 0.933        | 0.908        | 0.822        | NaN          | 0.893            | 0.822            | 0.913            | NaN              |
| Valeur p de Shapiro-Wilk | 0.603                  | 0.630                  | 0.411                  | NaN                    | 0.600        | 0.424        | 0.092        | NaN          | 0.332            | 0.091            | 0.459            | NaN              |

Un total de six patients a été pris en charge lors de cette étude. Ils ont pour la plupart pu bénéficier de trois consultations, en revanche, seulement deux d'entre eux en ont reçu une quatrième et une seule en a bénéficié de deux. Comme décrit précédemment, des différences intéressantes sont constatées dans l'évolution des résultats moyens obtenus lors de chaque consultation. C'est pourquoi les résultats ont été soumis au test de Shapiro-Wilk afin d'évaluer si l'échantillon respecte ou non une distribution normale. Pour se faire, deux hypothèses ont été formulées : l'hypothèse nulle ( $H_0$ ), les données sont normalement distribuées et l'hypothèse alternative ( $H_1$ ), les données ne suivent pas une distribution normale. La valeur  $p$  étant supérieure au seuil de signification ( $\alpha = 0,05$ ) dans tous les domaines, l'hypothèse nulle ne peut pas être rejetée. Cela suggère donc que les données peuvent être considérées comme normalement distribuées.

#### 3.3.2. Statistiques paramétriques

Afin d'explorer les relations entre les variables étudiées, l'échantillon a été soumis au test de corrélations de Pearson afin d'étudier les liens entre les différents domaines du questionnaire QLQ-C30. Pour se faire, l'échantillon doit remplir certaines conditions :

- Les variables doivent être mesurées sur une échelle continue.
- Les variables doivent avoir une relation linéaire potentielle.
- Les données doivent être distribuées normalement.
- Les observations doivent être indépendantes les unes des autres.

Les conditions semblent être respectées pour l'utilisation du test de corrélations de Pearson. Celui-ci a donc été employé pour analyser les données, ce qui a permis de mettre en évidence des résultats intéressants. Tout d'abord des corrélations inter-consultations sont remarquées.

**Tableau 10 : Corrélation de la santé fonctionnelle entre C1 et C2**

|                        |              | Santé fonctionnelle C1 | Santé fonctionnelle C2 |
|------------------------|--------------|------------------------|------------------------|
| Santé fonctionnelle C1 | r de Pearson | —                      |                        |
|                        | ddl          | —                      |                        |
|                        | valeur p     | —                      |                        |
| Santé fonctionnelle C2 | r de Pearson | 0.970                  | —                      |
|                        | ddl          | 4                      | —                      |
|                        | valeur p     | 0.001                  | —                      |

À travers ce tableau, une corrélation forte et statistiquement significative ( $r = 0,97$  ;  $p=0,001$ ) est observée pour la santé fonctionnelle entre la première et la deuxième consultation d'ostéopathie. Cela suggère une variation conjointe importante de la santé fonctionnelle au fil du temps chez les participants de l'étude.

**Tableau 11 : Corrélation des symptômes entre C1 et C2**

|              |              | Symptômes C1 | Symptômes C2 |
|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Symptômes C1 | r de Pearson | —            |              |
|              | ddl          | —            |              |
|              | valeur p     | —            |              |
| Symptômes C2 | r de Pearson | 0.958        | —            |
|              | ddl          | 4            | —            |
|              | valeur p     | 0.003        | —            |

Ici aussi cette importante corrélation statistiquement significative est observée entre la première et la deuxième consultation d'ostéopathie pour les symptômes. En effet, le coefficient de corrélation de Pearson ( $r$ ) est de 0,96 ; ce qui indique une forte corrélation positive entre les variables. La valeur  $p$  associée à cette corrélation est de 0,003 ; ce qui est inférieur au seuil de signification 0,05. Cela suggère donc une variation conjointe importante des symptômes entre les deux premières consultations.

**Tableau 12 : Corrélation de la santé globale entre C1 et C2**

|                  |              | Santé globale C1 | Santé globale C2 |
|------------------|--------------|------------------|------------------|
| Santé globale C1 | r de Pearson | —                |                  |
|                  | ddl          | —                |                  |
|                  | valeur p     | —                |                  |
| Santé globale C2 | r de Pearson | 0.879            | —                |
|                  | ddl          | 4                | —                |
|                  | valeur p     | 0.021            | —                |

On remarque finalement qu'entre la première et la deuxième consultation d'ostéopathie, les résultats de toutes les catégories du QLQ-C30 mettent en évidence des données intéressantes. En effet, une corrélation importante est à nouveau retrouvée entre les deux premières consultations pour la santé globale avec un coefficient de corrélation de Pearson ( $r$ ) de 0,88 et un  $p$  associé de 0,02. Cela indique donc une corrélation forte et statistiquement significative, suggérant une variation conjointe importante de la santé globale entre C1 et C2. Enfin, quelques corrélations intra-consultations ont également pu être mises en évidence grâce au test statistique de Pearson à partir de la deuxième consultation.

**Tableau 13 : Corrélation entre la santé fonctionnelle et la santé globale en C2**

|                        |              | Santé fonctionnelle C2 | Santé globale C2 |
|------------------------|--------------|------------------------|------------------|
| Santé fonctionnelle C2 | r de Pearson | —                      |                  |
|                        | ddl          | —                      |                  |
|                        | valeur p     | —                      |                  |
| Santé globale C2       | r de Pearson | 0.840                  | —                |
|                        | ddl          | 4                      | —                |
|                        | valeur p     | 0.036                  | —                |

Ce tableau présente les résultats de l'analyse de corrélation de Pearson entre la santé fonctionnelle et la santé globale lors de la deuxième consultation. Le coefficient de corrélation de Pearson ( $r$ ) est de 0,84 ; ce qui indique une forte corrélation positive entre les variables. La valeur  $p$  associée à cette corrélation est de 0,04 ; ce qui est inférieur au seuil de signification 0,05. Cela nous indique donc une corrélation statistiquement significative entre ces deux variables.

**Tableau 14 : Corrélation entre la santé fonctionnelle et la santé globale en C3**

|                        |              | Santé fonctionnelle C3 | Santé globale C3 |
|------------------------|--------------|------------------------|------------------|
| Santé fonctionnelle C3 | r de Pearson | —                      |                  |
|                        | ddl          | —                      |                  |
|                        | valeur p     | —                      |                  |
| Santé globale C3       | r de Pearson | 0.965                  | —                |
|                        | ddl          | 4                      | —                |
|                        | valeur p     | 0.002                  | —                |

On remarque ici aussi une corrélation statistiquement significative entre la santé fonctionnelle et la santé globale lors de la troisième consultation. En effet, le coefficient de corrélation de Pearson ( $r$ ) est de 0,97 ; ce qui indique une très forte corrélation positive entre les variables et la valeur  $p$  associée à cette corrélation est de 0,002 ; ce qui est inférieur au seuil de signification.

**Tableau 15 : Corrélation entre les symptômes et la santé globale en C3**

|                  |              | Symptômes C3 | Santé globale C3 |
|------------------|--------------|--------------|------------------|
| Symptômes C3     | r de Pearson | —            |                  |
|                  | ddl          | —            |                  |
|                  | valeur p     | —            |                  |
| Santé globale C3 | r de Pearson | -0.894       | —                |
|                  | ddl          | 4            | —                |
|                  | valeur p     | 0.016        | —                |

Ce dernier tableau présente les résultats de l'analyse de corrélation de Pearson entre les symptômes et la santé globale lors de la troisième consultation. Le coefficient ( $r$ ) est de -0,89 indiquant une forte corrélation négative entre ces deux variables. La valeur de  $p$  associée à cette corrélation est de 0,02 ; ce qui est inférieur au seuil de signification de 0,05. Cela suggère donc une corrélation statistiquement significative entre les symptômes et la santé globale en C3 ; ce qui signifie que lorsque les symptômes diminuent alors la santé globale tend à augmenter et vice versa.

Lors de cette analyse, certains résultats n'ont pas été exploités car ils n'étaient pas statistiquement significatifs. Néanmoins, il ne semble pas étonnant de ne pas remettre en évidence de corrélation intra-consultation en C1 car il n'y avait pas encore eu de traitement ostéopathique réalisé.

## 4. DISCUSSION

Cette étude avait pour intérêt d'évaluer si une prise en charge ostéopathique pouvait avoir un impact sur la qualité de vie des patients suite à une chimiothérapie. Les six patients participant à cette étude ont répondu aux critères d'éligibilité préalablement établis. Il n'était pas question ici d'avoir un protocole strict avec des traitements prédéfinis. Les examens cliniques réalisés en début de chaque consultation ont permis d'orienter le choix du traitement ainsi que le suivi à mettre en place pour chaque patient. Dans un premier temps, une analyse au cas par cas des résultats a été effectuée. Puis, une évaluation globale a été réalisée ainsi qu'une étude statistique afin de déterminer les potentiels liens entre les différents critères évalués.

De manière globale, le QLQ-C30 a montré une amélioration de la qualité de vie. En effet, la santé fonctionnelle et la santé globale ont augmenté et les symptômes ont diminué. Cela laisse penser, de prime abord, que l'ostéopathie semble impacter positivement la qualité de vie. En revanche, chez quasiment tous les patients, les effets secondaires principalement remis en évidence et ayant la moins bonne évolution sont les insomnies et la fatigue. Effectivement, il a été décrit que la maladie elle-même, ainsi que les traitements (tels que la chimiothérapie et la radiothérapie) peuvent entraîner une fatigue sévère et persistante chez les patients cancéreux<sup>35</sup> ; aggravée par des insomnies favorisées par le stress et l'anxiété liés au diagnostic mais aussi par les différents traitements<sup>36</sup>. En ce qui concerne la santé fonctionnelle, très peu d'amélioration est notée pour le travail et les sphères émotionnelles et sociales.

Concernant la patiente A, tous les critères de la santé fonctionnelle ont montré une amélioration durant l'étude sauf pour le travail. En effet, la maladie peut affecter l'activité professionnelle de plusieurs manières : limitations fonctionnelles, problèmes émotionnels, difficultés de concentration, changements de vie<sup>37,38</sup>. Cette patiente a également présenté une nette amélioration de tous ses symptômes excepté les insomnies et les troubles digestifs (constipation et diarrhées). Le premier traitement avait pour but de diminuer les tensions myofasciales lombo-pelviennes afin de limiter les contraintes sur le rachis. Le deuxième traitement était similaire au premier car les zones citées ci-dessus étaient toujours hypo-mobiles. Cela a permis d'amorcer le travail des zones rachidienne et crânienne,



investiguées plus spécifiquement lors du troisième et dernier traitement. Une quatrième consultation dédiée uniquement à un travail crânien aurait pu être envisagée afin d'avoir un impact ortho-sympatholytique sur l'insomnie et donc améliorer davantage la qualité de vie de cette patiente. En effet, certaines études ont démontré qu'une technique de compression du 4<sup>ème</sup> ventricule (CV4) pourrait augmenter la qualité et la quantité de sommeil chez les patients souffrant d'insomnies<sup>39,40</sup>. Au vu de l'amélioration globale de la santé fonctionnelle et des symptômes, une amélioration de la santé globale était attendue ; or, entre la deuxième et la troisième consultation, celle-ci revient au score initial de 25%. Cela semble corrélé à la récurrence du cancer de la patiente qui était en rémission depuis Juillet 2023 ; en effet au mois d'Octobre 2023 ; quelques jours avant la troisième consultation, la patiente a appris la rechute de son cancer. Ceci a pu avoir un impact négatif entre la deuxième et la troisième consultation aussi bien physique que psychologique<sup>41</sup>. Cela peut également être mis en lien avec une période de travail intense pour la patiente. En effet, ses lombalgies ont augmenté pendant le mois d'Octobre Rose, mois durant lequel elle est très active en tant que présidente de son association. Suite à cela, la patiente ayant repris la chimiothérapie, elle n'avait plus le temps de faire des consultations d'ostéopathie. Cela pourrait laisser supposer la prématurité de l'arrêt du traitement, et ainsi la nécessité d'au moins une consultation complémentaire.

Concernant la patiente B, elle présentait initialement le moins de troubles de la qualité de vie, définis par le QLQ-C30. Encore une fois, l'insomnie et la fatigue étaient les symptômes prédominants et n'ont peut être pas été assez pris en compte lors de la prise en charge. Le premier traitement avait pour but de diminuer les tensions myofasciales lombo-pelviennes et viscérales afin de limiter les contraintes sur le rachis et de pouvoir l'investiguer plus précisément lors de la deuxième consultation ; au fur et à mesure des consultations, une diminution de l'item douleur est remarquée, ce qui correspond à sa plainte principale. La patiente ayant terminé ses chimiothérapies entre la première et la deuxième consultation, il aurait été anticipable d'obtenir de meilleurs résultats pour les deux dernières consultations. Au lieu de cela, une augmentation des pertes d'appétit et une diminution de la santé fonctionnelle d'un point de vue social est observée. En effet, l'arrêt de la chimiothérapie est une période décrite comme stressante pour la patiente ; c'est lié au fait qu'elle a peur que son cancer rechute. Cela pourrait alors influencer sur sa sociabilité ou encore son appétit<sup>42-44</sup>. De plus, il est important de souligner que contrairement à tous les autres patients, lors du troisième remplissage du questionnaire, la patiente n'était pas à la clinique de l'ESO et n'a

donc pas pu bénéficier d'une troisième consultation. Dans le cas de cette patiente, cela laisse supposer la nécessité d'un suivi ostéopathique imbriqué dans une prise en charge pluridisciplinaire, notamment psychologique ainsi que la poursuite de la prise en charge ostéopathique. Il faut également noter que cette patiente ne semblait pas motivée pour les consultations d'ostéopathie malgré la nette diminution de ses douleurs, elle a annulé à plusieurs reprises ces consultations ce qui explique l'intervalle de cinq mois entre C1 et C2 ainsi que la non reprise de rendez-vous pour une troisième consultation.

Concernant la patiente C, elle présente la plus grande amélioration de sa qualité de vie. En effet, à l'issue des prises en charge, elle ne décrit presque plus aucun symptômes (sauf de la fatigue) et sa santé fonctionnelle avoisine les 100%. Le score imparfait concernant la sphère émotionnelle est lié selon elle à une mauvaise nouvelle au travail ; chose sur laquelle l'ostéopathie ne peut pas avoir d'effet. Enfin, sa santé globale a nettement augmenté, passant de 58,33% à 100%. Lors de la première consultation, les cervicales et muscles du cou étaient principalement hypo-mobiles, le premier traitement avait donc pour but de corriger les dysfonctions du triangle supérieur afin de relâcher les tensions musculaires associées ; en lien avec le motif de consultation initial. Un travail viscéral global a également débuté afin d'amorcer le travail pour la deuxième consultation. En effet lors de la deuxième consultation, un travail en regard des viscères a été réalisé plus spécifiquement, complété lors de la troisième consultation par un traitement en regard des points de conflits du nerf vague (base du crâne, K1, clavicule, sternum, diaphragme, plexus solaire)<sup>45</sup>. Enfin, la quatrième consultation a servi principalement à travailler la cicatrice axillaire et corriger les dysfonctions induites par celle-ci. Les résultats sont très encourageants et ont sûrement été majorés par l'enthousiasme de la patiente à participer à cette étude. En revanche, au vu du seul symptôme restant, cela semble confirmer que l'étude aurait pu aussi s'intéresser à l'impact de l'ostéopathie sur la fatigue chronique et les insomnies afin d'optimiser davantage les résultats.

Concernant la patiente D, elle présente le meilleur score de qualité de vie. En effet, initialement sa santé fonctionnelle était de 85,33% ; ses symptômes de 12,96% et sa santé globale de 66,67%. Le premier traitement avait pour but de corriger les dysfonctions présentes sur les sphères viscérales et lombo-pelviennes afin de diminuer les contraintes sur les lombaires et donc de pouvoir répondre au motif de consultation de la patiente. Entre la

première et la deuxième consultation une légère amélioration de la santé fonctionnelle et des symptômes ainsi que de la santé globale est notée. Cela laisse donc penser que la qualité de vie de cette patiente s'est améliorée. En revanche, lors de la deuxième consultation, la patiente a décrit une costalgie connue depuis Juillet 2023 sans facteur déclenchant notable. Cette costalgie est considérée selon les médecins comme un potentiel effet secondaire des traitements. Après l'anamnèse et les tests différentiels, un syndrome de Cyriax<sup>1</sup> a été remis en évidence<sup>46</sup> ; le but de cette consultation était donc de corriger les adaptations et limiter les contraintes en lien avec ce syndrome. Lors de la troisième consultation, un traitement plus global a été proposé afin de corriger les dysfonctions thoraciques et rachidiennes toujours présentes. Malgré cela, une dégradation des résultats obtenus est remise en évidence, en effet, la santé fonctionnelle a diminué de 20 points entre le début et la fin de l'étude ; les symptômes ont augmenté de 16,67 points et la santé globale a également perdu 16,67 points. Une aggravation des symptômes est notée principalement pour les douleurs, la fatigue, les dyspnées et les pertes d'appétit. Cela peut être mis en lien avec le fait que la patiente a contracté la Covid-19 entre C2 et C3 et peut donc expliquer les plaintes remises en évidence par la patiente lors du remplissage du QLQ-C30<sup>47</sup>. De plus, la toux connue par la patiente à cause de la Covid-19 est venue majorer les contraintes sur la cage thoracique<sup>48</sup>. Une quatrième consultation axée sur un travail pulmonaire et thoracique aurait sûrement pu être bénéfique pour améliorer les symptômes décrits par la patiente et donc permettre l'obtention de meilleurs résultats. Malheureusement cela n'a pas été possible dû à une mauvaise concordance des emplois du temps.

Concernant le patient E, il est le seul homme de cette étude et est également le seul à être touché par un cancer du canal anal. Une amélioration de tous les scores entre C1 et C3 est retrouvée au fur et à mesure des consultations, ce qui laisse penser que la qualité de vie tend à s'améliorer. Le patient consultait initialement pour des cervicalgies ; un premier travail a donc été fait afin de traiter les dysfonctions crânio-cervicales et donc relâcher les tensions musculaires associées. La sphère viscérale a été intégrée au traitement dans un second temps, associée à un travail sur les points de conflit du nerf vague<sup>45</sup>. Enfin, lors de la troisième consultation, le patient a bénéficié d'un traitement crânien afin de corriger les dysfonctions restantes. Au vu des résultats positifs observés durant ces trois consultations, cela semble se rapporter à la littérature scientifique traitant des bienfaits des thérapies manuelles sur les

---

<sup>1</sup> Instabilité d'une articulation chondro-costale de K8, K9 ou K10 associé à des épisodes de luxation de l'extrémité costale.

effets secondaires induits par la chimiothérapie<sup>3,7,12,15,21</sup>. Le patient était très intéressé par l'étude et a su appliquer les différents conseils qui lui ont été donnés (par exemple : changer son oreiller, reprendre progressivement une activité sportive...) ce qui a pu favoriser l'amélioration globale de sa qualité de vie.

Concernant la patiente F, tous les critères se sont améliorés entre le début et la fin de la prise en charge. Cette patiente a bénéficié de quatre consultations, ce qui semble avoir été bénéfique pour la douleur et la sphère émotionnelle principalement. Cette patiente a subi une opération chirurgicale en Janvier 2024 (entre C2 et C3) visant à retirer la tumeur ainsi que la chaîne ganglionnaire axillaire. Avant cette opération, il était impossible d'investiguer les membres supérieurs et la sphère thoracique de la patiente car il y avait beaucoup d'appréhension sur la zone et une angoisse que cela réveille des douleurs autour de la tumeur. D'un point de vue ostéopathique, ces zones n'ont pas pu être travaillées dès le début de la prise en charge. Ainsi, dans un premier temps, le but du traitement était de corriger les dysfonctions retrouvées en regard des trois diaphragmes afin de redonner de la mobilité globale et favoriser le relâchement tissulaire. Lors de la deuxième consultation, la patiente était très angoissée en vue de l'opération à venir, ainsi le traitement avait pour objectif de libérer les points de conflits sur le nerf vague et le plexus solaire afin de réduire les signes d'anxiété de la patiente<sup>49,50</sup>. A partir de la troisième consultation, un travail sur les cicatrices issues de la chirurgie récente a pu débuter car la patiente présentait moins d'appréhension sur la zone, ce qui explique l'augmentation du score de l'EPDT pour cette zone (figure 24). Le fait que la patiente m'ait laissé travailler ces zones à partir de C3 reflète le fait qu'elle se sentait probablement plus en confiance au fur et à mesure des consultations ostéopathiques. Enfin, lors de la quatrième et dernière consultation, le but final était de corriger les dysfonctions des membres supérieurs et thoraciques restantes afin de permettre une meilleure mobilité post-chirurgicale<sup>15</sup>. Au fur et à mesure des consultations, l'état émotionnel de la patiente s'est aussi amélioré dû au fait que l'opération s'est bien passée et que son cancer semble évoluer positivement ; cela a donc pu certainement également impacter la qualité de vie.

Cette étude présente plusieurs biais et limites. Tout d'abord, la petite taille de l'échantillon est peu représentative de la population de personnes atteintes d'un cancer traité ou ayant été traité par chimiothérapie, ceci est notamment dû à la difficulté de recruter des personnes

cancéreuses pouvant se rendre à la clinique ostéopathique de Champs-sur-Marne. De plus, cet échantillon est très hétérogène ; en effet il est composé de cinq femmes toutes atteintes d'un cancer du sein et seulement un homme atteint d'un cancer du canal anal. Il est donc important de souligner que tous les patients n'étaient pas atteints du même type de cancer et n'étaient pas tous au même stade de traitement. De plus, le nombre de consultations n'était pas le même chez tous les patients. Ceux ayant bénéficié de quatre consultations présentent de meilleurs résultats que ceux en ayant bénéficié de deux ou trois. Ainsi, les résultats semblent continuer à s'améliorer avec un plus grand nombre de consultations. Il aurait pu être intéressant de renvoyer le questionnaire aux patients quelque temps après leur dernière consultation afin de voir l'évolution des résultats à l'issue de la prise en charge. De plus, le temps entre chaque consultation n'a pas pu être le même pour tous les patients en raison d'une non-concordance des emplois du temps mais aussi en fonction des besoins du traitement. Cette étude a permis d'identifier certains facteurs pouvant être mis en lien avec la qualité de vie des patients sous chimiothérapie, notamment la présence dans quasiment tous les cas d'insomnies et de fatigue. Investiguer plus précisément ces symptômes d'un point de vue ostéopathique aurait pu permettre une meilleure prise en charge des patients et donc l'obtention de meilleurs résultats<sup>39,40</sup>. Enfin, compte tenu du fait qu'une étude randomisée en simple aveugle n'a pas été réalisée, il est impossible de savoir si l'amélioration de la qualité de vie est liée à la prise en charge ostéopathie ou à une simple variable temporelle. Une étude sur un échantillon plus important et l'utilisation d'un plan de recherche avec application de groupe traité, simulé et témoin aurait pu être une solution.

## 5. CONCLUSION

La chimiothérapie est de nos jours, le traitement le plus fréquent et le plus avancé pour les cancers<sup>7</sup>. Malheureusement, de par sa nature, elle endommage les cellules cancéreuses, ainsi que les cellules saines ; ce qui entraîne une apparition d'effets secondaires affectant la santé physique, la qualité de vie et l'état émotionnel des patients<sup>3,4,6,11</sup>.

Le but de cette étude était donc de déterminer si un traitement ostéopathique global et individualisé pouvait être bénéfique sur la qualité de vie de patients traités ou ayant été traités par chimiothérapie, à tous stades de la maladie confondus.

Dans cette étude, trois critères ont été évalués via le QLQ-C30 qui est un questionnaire qui permet d'étudier la qualité de vie des patients sous chimiothérapie. Cet outil a été proposé par l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC)<sup>32</sup>. Les critères évalués sont : la santé fonctionnelle, les symptômes et la santé globale.

Un total de six patients a été pris en charge. En moyenne, tous les résultats suggèrent une évolution positive. En effet, la moyenne de la santé fonctionnelle de la première consultation était de 56,20% et pour le post-traitement, la moyenne était de 71,70% pour les patients ayant bénéficié de trois consultations et de 78,80% pour ceux en ayant bénéficié de quatre. Pour les symptômes, le score initial passe de 37,80% à 25,80% pour les patients ayant bénéficié de trois consultations et à 7,71% pour ceux en ayant bénéficié de quatre. Enfin, la santé globale montre également une évolution positive ; en effet, lors de la première consultation, le score était de 48,60% puis il est passé à 59,70% pour les patients ayant bénéficié de trois consultations et à 87,50% pour ceux en ayant bénéficié de quatre.

Ainsi, au vu des résultats obtenus, cela suggère donc qu'une prise en charge ostéopathique semble influencer positivement la qualité de vie des patients sous chimiothérapie. Pour renforcer la validité de cette étude, il serait nécessaire d'augmenter la taille de l'échantillon. Il semblerait également nécessaire de se demander si la prise en charge des troubles du sommeil (fatigue et insomnies) en ostéopathie permettrait l'obtention de meilleurs résultats et donc une meilleure amélioration de la qualité de vie.

## RÉFÉRENCES

1. Cancer [Internet]. [cité 7 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Torre LA, Siegel RL, Ward EM, Jemal A. Global Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends—An Update. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 1 janv 2016;25(1):16-27.
3. Favier N, Guinet A, Nageleisen M, Ceccaldi B, Pujade-Lauraine É, LeFoll C, et al. Évaluation de l'efficacité d'un traitement ostéopathique sur les effets secondaires et la qualité de vie de patients sous chimiothérapie: Essai clinique multicentrique randomisé. *Rev Ostéopathie.* 2012;7:3-2.
4. DeVita VT, Chu E. A History of Cancer Chemotherapy. *Cancer Res.* 1 nov 2008;68(21):8643-53.
5. Chabner BA, Roberts TG. Chemotherapy and the war on cancer. *Nat Rev Cancer.* 1 janv 2005;5(1):65-72.
6. Amjad MT, Chidharla A, Kasi A. Cancer Chemotherapy. Central Harnett Hospital, UICOMP, University of Kansas; February 27, 2023.
7. Andersen C, Adamsen L, Moeller T, Midtgaard J, Quist M, Tveteraas A, et al. The effect of a multidimensional exercise programme on symptoms and side-effects in cancer patients undergoing chemotherapy—The use of semi-structured diaries. *Eur J Oncol Nurs.* sept 2006;10(4):247-62.
8. Ligorsky R. Cancer chemotherapy: An overview. *J Natl Med Assoc.* 1993;85(10):782-789. PMID: 8239585.
9. Zeller JL, Lynn C, Glass RM. Chimiothérapie anticancéreuse. *JAMA-Fr.* 6 nov 2008;299(22):2706.
10. Tilsed CM, Fisher SA, Nowak AK, Lake RA, Lesterhuis WJ. Cancer chemotherapy: insights into cellular and tumor microenvironmental mechanisms of action. *Front Oncol.* 29 juill 2022;12:960317.
11. Pearce A, Haas M, Viney R, Pearson SA, Haywood P, Brown C, et al. Incidence and severity of self-reported chemotherapy side effects in routine care: A prospective cohort study. Ganti AK, éditeur. *PLOS ONE.* 10 oct 2017;12(10):e0184360.
12. Desai MJ, Kim A, Fall PC, Wang D. Optimizing quality of life through palliative care. *J Am Osteopath Assoc.* déc 2007;107(12 Suppl 7):ES9-14.
13. Azim HA, de Azambuja E, Colozza M, Bines J, Piccart MJ. Long-term toxic effects of

- adjuvant chemotherapy in breast cancer. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* sept 2011;22(9):1939-47.
14. Ahles TA, Saykin AJ, Furstenberg CT, Cole B, Mott LA, Skalla K, et al. Neuropsychologic impact of standard-dose systemic chemotherapy in long-term survivors of breast cancer and lymphoma. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 15 janv 2002;20(2):485-93.
  15. Fortin J, Beaupré A, Thamar Louis LA, Roy CA, Bourque MA, Cappeliez S, et al. Osteopathy as a complementary/alternative medicine for breast cancer: a Canadian case study and comprehensive review. *Breast Cancer Manag.* 1 juin 2022;11(02):BMT63.
  16. Jacquemin D, de Broucker D (coord.). *Manuel de soins palliatifs : définitions et enjeux, pratiques de soins et accompagnement, psychologie et éthique.* 3e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2020.
  17. Suter MR, Allaz AF, Pautex S. Douleur et soins paliatifs : comment manier les opioïdes ? *Rev Med Suisse.* 22 juin 2022;18(787):1235-6.
  18. Ministère des Solidarités et de la Santé. *Référentiel organisationnel national Soins oncologiques de support des patients adultes atteints de cancer.* Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018.
  19. Soins palliatifs [Internet]. [cité 13 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
  20. Kaye EC, Gushue CA, DeMarsh S, Jerkins J, Sykes A, Lu Z, et al. Illness and end-of-life experiences of children with cancer who receive palliative care. *Pediatr Blood Cancer.* avr 2018;65(4):e26895.
  21. Steel A, Tricou C, Monsarrat T, Ruer M, Deslandes C, Sisoix C, et al. The perceptions and experiences of osteopathic treatment among cancer patients in palliative care: a qualitative study. *Support Care Cancer.* oct 2018;26(10):3627-33.
  22. Organisation mondiale de la Santé. *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023* [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2013 [cité 13 janv 2023]. 75 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95009>
  23. *L'ostéopathie, définition selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)* [Internet]. [cité 13 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-definition-oms>
  24. Chila A. *Traité d'ostéopathie.* Bruxelles : De Boeck Supérieur ; 2017. 1202 p.
  25. Karp J, Lévy I, Tain M, Bagot JL. *Homéopathie, cancers et troubles psychologiques.*



- Cancers Psys. 30 nov 2016;n° 2:39.
26. Hann D, Allen S, Ciambone D, Shah A. Use of Complementary Therapies During Chemotherapy: Influence of Patients' Satisfaction With Treatment Decision Making and the Treating Oncologist. *Integr Cancer Ther.* sept 2006;5(3):224-31.
  27. Vapiwala N, Mick R, Hampshire MK, Metz JM, DeNittis AS. Patient Initiation of Complementary and Alternative Medical Therapies (CAM) Following Cancer Diagnosis: *Cancer J.* nov 2006;12(6):467-74.
  28. Carelle N, Piotto E, Bellanger A, Germanaud J, Thuillier A, Khayat D. Changing patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy. *Cancer.* 1 juill 2002;95(1):155-63.
  29. Deflorin C, Hohenauer E, Stoop R, van Daele U, Clijsen R, Taeymans J. Physical Management of Scar Tissue: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Altern Complement Med.* 1 oct 2020;26(10):854-65.
  30. Berton A, Jermini-Tharin C. *Ostéopathie crânienne, techniques et protocoles de traitement.* Elsevier; 2008.
  31. Constant I. À quoi sert le système nerveux autonome cardiovasculaire ? *Prat En Anesth Réanimation.* déc 2006;10(6):419-32.
  32. QL Coordinator Quality of Life Unit, EORTC Data Center. *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual.* Brussels; 2001.
  33. Cocks K, Wells JR, Johnson C, Schmidt H, Koller M, Oerlemans S, et al. Content validity of the EORTC quality of life questionnaire QLQ-C30 for use in cancer. *Eur J Cancer.* janv 2023;178:128-38.
  34. King MT. The interpretation of scores from the EORTC quality of life questionnaire QLQ-C30. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* déc 1996;5(6):555-67.
  35. Bower JE. Cancer-related fatigue--mechanisms, risk factors, and treatments. *Nat Rev Clin Oncol.* oct 2014;11(10):597-609.
  36. Induru RR, Walsh D. Cancer-related insomnia. *Am J Hosp Palliat Care.* nov 2014;31(7):777-85.
  37. Eichenbaum-Voline S, Malavolti L, Paraponaris A, Ventelou B. Cancer et activité professionnelle. *Rev OFCE.* 2008;104(1):105-34.
  38. Thirry D. Activité professionnelle et cancer [Professional activity and cancer]. *Rev Infirm.* 2022 May;71(281):20-21. French. doi: 10.1016/j.revinf.2022.03.007.
  39. Pitault Salomé : Technique CV4 et insomnie : évaluation de son efficacité sur les dysfonctionnements du cycle veille-sommeil.

40. Arienti C, Farinola F, Ratti S, Daccò S, Fasulo L. Variations of HRV and skin conductance reveal the influence of CV4 and Rib Raising techniques on autonomic balance: A randomized controlled clinical trial. *J Bodyw Mov Ther.* oct 2020;24(4):395-401.
41. Vandendorpe B, Drouet Y, Ramiandrisoa F, Guilbert P, Costa B, Servagi-Vernat S. Psychological and physical impact in women treated for breast cancer: Need for multidisciplinary surveillance and care provision. *Cancer Radiother J Soc Francaise Radiother Oncol.* juin 2021;25(4):330-9.
42. Yi JC, Syrjala KL. Anxiety and Depression in Cancer Survivors. *Med Clin North Am.* nov 2017;101(6):1099-113.
43. Ramdani C. Les maladies induites par le stress. *Rev Déf Natl.* 2023;Hors-série(HS4):32-40.
44. Levy DR, Yizhar O. Stress and sociability. *Nat Neurosci.* mars 2018;21(3):304-6.
45. Gray's Anatomie - Le Manuel pour les étudiants. Elsevier Masson SAS
46. Maigne JY. Que sont devenus les syndromes de Cyriax et Tietze et autres xiphodynies ? *Rev Rhum Monogr.* avr 2015;82(2):117-21.
47. Montani D, Savale L, Noel N, Meyrignac O, Colle R, Gasnier M, et al. Syndrome post-COVID-19. *Bull Acad Natl Med.* juin 2023;207(6):812-20.
48. Özyurtkan MO, Arslan Ulukan Z, Temel U. Cough-induced rib fractures: A comprehensive analysis of 90 patients in a single center. *Turk Gogus Kalp Damar Cerrahisi Derg.* janv 2024;32(1):69-74.
49. Guo B, Zhang M, Hao W, Wang Y, Zhang T, Liu C. Neuroinflammation mechanisms of neuromodulation therapies for anxiety and depression. *Transl Psychiatry.* 9 janv 2023;13:5.
50. Prise en charge du stress et des états anxieux par la phyto-aromathérapie. *Hegel.* 2017;4(4):378-83.

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Présentation des patients

Tableau 2 : Stade de traitement par patients

Tableau 3 : Planning des consultations de la patiente A

Tableau 4 : Planning des consultations de la patiente B

Tableau 5 : Planning des consultations de la patiente C

Tableau 6 : Planning des consultations de la patiente D

Tableau 7 : Planning des consultations du patient E

Tableau 8 : Planning des consultations de la patiente F

Tableau 9 : Analyse descriptive des patients

Tableau 10 : Corrélation de la santé fonctionnelle entre C1 et C2

Tableau 11 : Corrélation des symptômes entre C1 et C2

Tableau 12 : Corrélation de la santé globale entre C1 et C2

Tableau 13 : Corrélation entre la santé fonctionnelle et la santé globale en C2

Tableau 14 : Corrélation entre la santé fonctionnelle et la santé globale en C3

Tableau 15 : Corrélation entre les symptômes et la santé globale en C3

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Évolution de la santé fonctionnelle chez la patiente A

Figure 2 : Évolution des symptômes chez la patiente A

Figure 3 : Évolution de la santé globale chez la patiente A

Figure 4 : Évolution des dysfonctions de la patiente A

Figure 5 : Évolution de la santé fonctionnelle chez la patiente B

Figure 6 : Évolution des symptômes chez la patiente B

Figure 7 : Évolution de la santé globale chez la patiente B

Figure 8 : Évolution des dysfonctions de la patiente B

Figure 9 : Évolution de la santé fonctionnelle chez la patiente C

Figure 10 : Évolution des symptômes chez la patiente C

Figure 11 : Évolution de la santé globale chez la patiente C

Figure 12 : Évolution des dysfonctions de la patiente C

Figure 13 : Évolution de la santé fonctionnelle chez la patiente D

Figure 14 : Évolution des symptômes chez la patiente D

Figure 15 : Évolution de la santé globale chez la patiente D

Figure 16 : Évolution des dysfonctions de la patiente D

Figure 17 : Évolution de la santé fonctionnelle chez la patiente E

Figure 18 : Évolution des symptômes chez la patiente E

Figure 19 : Évolution de la santé globale chez la patiente E

Figure 20 : Évolution des dysfonctions de la patiente E

Figure 21 : Évolution de la santé fonctionnelle chez la patiente F

Figure 22 : Évolution des symptômes chez la patiente F

Figure 23 : Évolution de la santé globale chez la patiente F

Figure 24 : Évolution des dysfonctions de la patiente F

Figure 25 : Boîtes à moustaches représentant l'évolution moyenne de la santé fonctionnelle entre la première et la dernière consultation

Figure 26 : Boîtes à moustaches représentant l'évolution moyenne des symptômes entre la première et la dernière consultation

Figure 27 : Boîtes à moustaches représentant l'évolution moyenne de la santé globale entre la première et la dernière consultation

## **LISTE DES ANNEXES**

ANNEXE I : Flyer

ANNEXE II : Questionnaire QLQ-C30

ANNEXE III : Évaluation palpatoire des dysfonctions tissulaires

## ANNEXE I : FLYER



# OSTÉOPATHIE ET CHIMIOTHÉRAPIE

**Vous suivez un parcours de chimiothérapie et vous souffrez de plusieurs symptômes ?**

**Vous souhaitez améliorer votre qualité de vie ?**

**L'ostéopathie peut-être bénéfique pour vous.**

**PRENDRE RDV**  
**CHLOÉ NOUCHY**



06 46 87 75 44



chloe.nouchy@etudiant-eso.fr



Clinique Ostéopathique de l'ESO  
12 rue Galilée - Campus Descartes  
77420, Champs-sur-Marne  
[www.monosteoeso.com](http://www.monosteoeso.com)

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, bénéficiez d'une prise en charge adaptée à vos besoins au sein de la clinique de l'École Supérieure d'Ostéopathie.



## ANNEXE II : QUESTIONNAIRE QLQ-C30

FRENCH (EUROPE)



**EORTC QLQ-C30 (version 3)**

Nous nous intéressons à vous et à votre santé. Répondez vous-même à toutes les questions en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de « bonne » ou de « mauvaise » réponse. Ces informations sont strictement confidentielles.

*Merci de préciser :*

Vos initiales :

Date de naissance (jour/mois/année) :

La date d'aujourd'hui (jour/mois/année) :

A number line starting at 0 and ending at 31. There are tick marks at every integer. The number 31 is written at the far right end of the line.

|                                                                                                                                  | Pas du tout | Un peu | Assez | Beaucoup |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------|-------|----------|
| 1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provisions chargé ou une valise ? | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 2. Avez-vous des difficultés à faire une <u>longue</u> promenade ?                                                               | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 3. Avez-vous des difficultés à faire un <u>petit</u> tour dehors ?                                                               | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 4. Êtes-vous obligé(e) de rester au lit ou dans un fauteuil pendant la journée ?                                                 | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux toilettes ?                             | 1           | 2      | 3     | 4        |

**Au cours de la semaine passée :**

| <b>Au cours de la semaine passée :</b> |                                                                                     | <b>Pas du tout</b> | <b>Un peu</b> | <b>Assez</b> | <b>Beaucoup</b> |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|--------------|-----------------|
| 6.                                     | Avez-vous été gêné(e) pour faire votre travail ou vos activités de tous les jours ? | 1                  | 2             | 3            | 4               |
| 7.                                     | Avez-vous été gêné(e) dans vos activités de loisirs ?                               | 1                  | 2             | 3            | 4               |
| 8.                                     | Avez-vous eu le souffle court ?                                                     | 1                  | 2             | 3            | 4               |
| 9.                                     | Avez-vous ressenti de la douleur ?                                                  | 1                  | 2             | 3            | 4               |
| 10.                                    | Avez-vous eu besoin de repos ?                                                      | 1                  | 2             | 3            | 4               |
| 11.                                    | Avez-vous eu des difficultés à dormir ?                                             | 1                  | 2             | 3            | 4               |
| 12.                                    | Vous êtes-vous senti(e) faible ?                                                    | 1                  | 2             | 3            | 4               |
| 13.                                    | Avez-vous manqué d'appétit ?                                                        | 1                  | 2             | 3            | 4               |
| 14.                                    | Avez-vous eu des nausées (mal au cœur) ?                                            | 1                  | 2             | 3            | 4               |
| 15.                                    | Avez-vous vomi ?                                                                    | 1                  | 2             | 3            | 4               |
| 16.                                    | Avez-vous été constipé(e) ?                                                         | 1                  | 2             | 3            | 4               |

Passez à la page suivante S.V.P.



| Au cours de la semaine passée :                                                                                                                                        | FRENCH (EUROPE) |        |       |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------|-------|----------|
|                                                                                                                                                                        | Pas du tout     | Un peu | Assez | Beaucoup |
| 17. Avez-vous eu de la diarrhée ?                                                                                                                                      | 1               | 2      | 3     | 4        |
| 18. Avez-vous été fatigué(e) ?                                                                                                                                         | 1               | 2      | 3     | 4        |
| 19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes ?                                                                                                       | 1               | 2      | 3     | 4        |
| 20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision ?                                 | 1               | 2      | 3     | 4        |
| 21. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ?                                                                                                                                 | 1               | 2      | 3     | 4        |
| 22. Vous êtes-vous fait du souci ?                                                                                                                                     | 1               | 2      | 3     | 4        |
| 23. Vous êtes-vous senti(e) irritable ?                                                                                                                                | 1               | 2      | 3     | 4        |
| 24. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?                                                                                                                               | 1               | 2      | 3     | 4        |
| 25. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir de certaines choses ?                                                                                                 | 1               | 2      | 3     | 4        |
| 26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans votre vie <u>familiale</u> ?                                                             | 1               | 2      | 3     | 4        |
| 27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans vos activités <u>sociales</u> (par exemple, sortir avec des amis, aller au cinéma... ) ? | 1               | 2      | 3     | 4        |
| 28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ?                                                                      | 1               | 2      | 3     | 4        |

**Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation :**

29. Comment évalueriez-vous votre état de santé au cours de la semaine passée ?

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Très mauvais

Excellent

30. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée ?

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Très mauvais

Excellent

## ANNEXE III : ÉVALUATION PALPATOIRE DES DYSFONCTIONS TISSULAIRES

| Tests globaux                  | Tests spécifiques | Mobilité / Motilité | Viscoélasticité | Texture | Température | Score | Observations (rythme, DO...) |
|--------------------------------|-------------------|---------------------|-----------------|---------|-------------|-------|------------------------------|
| <b>Crâne</b>                   | SSB               |                     |                 |         |             |       |                              |
| <b>Rachis</b>                  | Cervicales        |                     |                 |         |             |       |                              |
|                                | Dorsales          |                     |                 |         |             |       |                              |
|                                | Lombaires         |                     |                 |         |             |       |                              |
| <b>Diaphragme</b>              |                   |                     |                 |         |             |       |                              |
| <b>Bassin</b>                  | Sacrum            |                     |                 |         |             |       |                              |
|                                | Coccyx            |                     |                 |         |             |       |                              |
|                                | Périnée           |                     |                 |         |             |       |                              |
| <b>Axe crânio-sacré</b>        | MRP               |                     |                 |         |             |       |                              |
| <b>Viscéral</b>                | Foie              |                     |                 |         |             |       |                              |
|                                | Reins             |                     |                 |         |             |       |                              |
| <b>Cicatrice (si présence)</b> |                   |                     |                 |         |             |       |                              |

SSB = synchondrose sphéno-basilaire

## RÉSUMÉ / ABSTRACT

### **Efficacité d'un traitement ostéopathique sur la qualité de vie des patients suite à une chimiothérapie.**

**Objectif :** Le but de cette étude était de montrer l'effet d'un traitement ostéopathique sur la qualité de vie de patients traités ou ayant été traités par chimiothérapie.

**Matériel et méthodes :** Six patients ont participé à cette étude qui s'est déroulée au sein de la clinique de l'École Supérieure d'Ostéopathie. Le questionnaire QLQ-C30 de l'EORTC a été utilisé pour déterminer les troubles de la qualité de vie en se basant sur trois principaux items : la santé fonctionnelle, les symptômes et la santé globale.

**Résultats :** En se basant sur trois consultations, les résultats globaux montrent une amélioration d'environ 15,50% de la santé fonctionnelle ; de 12% des symptômes et de 11,10% de la santé globale.

**Conclusion :** Les résultats semblent appuyer l'intérêt de l'ostéopathie sur la qualité de vie des patients, malgré un faible échantillon et une hétérogénéité de celui-ci.

**Mots clés :** chimiothérapie, cancer, ostéopathie, qualité de vie, QLQ-C30.

### **Effect of an osteopathic treatment on patients' quality of life following chemotherapy.**

**Objective :** The aim of this study was to demonstrate the effect of osteopathic treatment on the quality of life of patients undergoing or having undergone chemotherapy.

**Material and methods :** Six patients participated in this study, which took place at the clinic of the École Supérieure d'Ostéopathie. The EORTC QLQ-C30 questionnaire was used to assess quality of life issues based on three main items: functional health, symptoms, and global health.

**Results :** Over the course of three consultations, the overall results showed an improvement of approximately 15.50% in functional health, 12% in symptoms, and 11.10% in global health.

**Conclusion :** The results appear to support the value of osteopathy in improving the quality of life of patients, despite the deficit of recruited patients and their heterogeneity.

**Key words :** chemotherapy, cancer, osteopathy, quality of life, QLQ-C30.