



Ostéopathie, un traitement prometteur pour améliorer la qualité de vie de sujets souffrant du Trouble Panique

Bourse Andrew Taylor Still D.O. 2003

Collège d'Études Ostéopathiques

Juin 2003

Christiane Michaud D.O.

Le Trouble Panique avec ou sans agoraphobie est un problème de santé mentale trop souvent méconnu qui entraîne une surconsommation de soins médicaux tant et aussi longtemps que le diagnostic n'est pas posé. Ce problème tend à devenir chronique au fil des années s'il n'est pas traité ; de 40 à 80 % des sujets peuvent souffrir de dépression sévère. Environ 3 % de Canadiens expérimenteront le Trouble Panique au cours de leur vie.

De nombreuses recherches en imagerie cérébrale et en neurobiologie ont révélé des anomalies neurologiques ou structurelles chez les personnes souffrant du Trouble Panique: le système limbique (hippocampe & amygdale) dans le pôle du temporal, du cortex préfrontal droit surtout et du cortex occipital et certaines régions du tronc cérébral dont le locus ceruleus.

Pour William Kernodle md (45), il y a suffisamment de données indiquant que le **Trouble Panique est un trouble physique avec des complications psychologiques.**

Compte tenu du fait qu'il semble y avoir une cause physique à ce problème mental, nous croyons que l'ostéopathie peut traiter ces personnes en dégageant les mécanismes de contraintes s'exerçant sur le système nerveux central pour agir sur les complications psychologiques.

Le Trouble Panique consiste en des épisodes discrets, inattendus et répétés de peur intense associée avec au moins 4 symptômes sommatifs et cognitifs.

Voir le tableau 1 pour les critères diagnostiques. Il est très important que les sujets de la recherche souffrent bien du Trouble Panique.

Pour vérifier notre hypothèse de recherche qui se lit comme suit : **le traitement Ostéopathique améliore de façon significative la qualité de vie des personnes souffrant du Trouble Panique et amène la disparition des attaques de Panique**, nous avons procédé à une expérimentation clinique avec un petit groupe de neuf sujets souffrant du Trouble Panique avec agoraphobie. Pour bien isoler l'effet du traitement ostéopathique, les sujets adultes ne devaient prendre aucune médication en rapport avec le Trouble Panique ou suivre un traitement psychologique.

Tableau 1 : Critères pour diagnostiquer le Trouble Panique
Selon le DSM-IV (23)

A. *inclus* (1) et (2)

- (1) . Apparition d'une ou de plusieurs attaques de Panique imprévisible.
 - . Présence **d'au moins 4 ou plus des symptômes suivants** pendant une attaque de Panique : . Sensation d'étouffement . Étourdissement . Palpitations ou tachycardie . Nausées . transpiration . sensation d'étranglement . engourdissements . Tremblements . Sentiment d'irréalité ou d'être détaché de soi-même . Bouffées de chaleur ou frissons . Douleur thoracique . Peur de mourir . Peur de devenir fou ou de perdre le contrôle
 - . Les symptômes se développent brutalement et atteignent leur intensité maximale dans les 10 minutes qui suivent l'apparition.
- (2) Au moins une des attaques est suivie par 1 mois (ou plus) d'un (ou plus) des critères suivants :
 - a) crainte persistante d'avoir d'autres attaques.
 - b) inquiétude au sujet des implications de l'attaque ou de ses conséquences (ex. perte de contrôle; peur d'avoir un infarctus; peur de devenir fou...)
 - c) un changement significatif de son comportement en rapport avec les attaques

B . Présence ou absence d'agoraphobie :

Crainte, anxiété de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile ou gênant de s'échapper en cas d'attaque de panique. Les situations agoraphobiques les plus communes: se retrouver dans une foule, sur un pont, dans un autobus, le métro, restaurant...

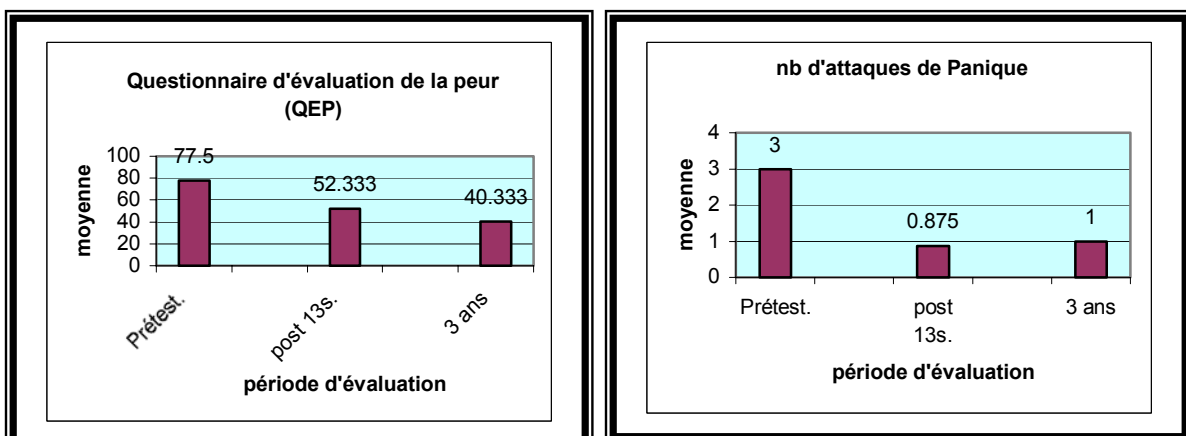
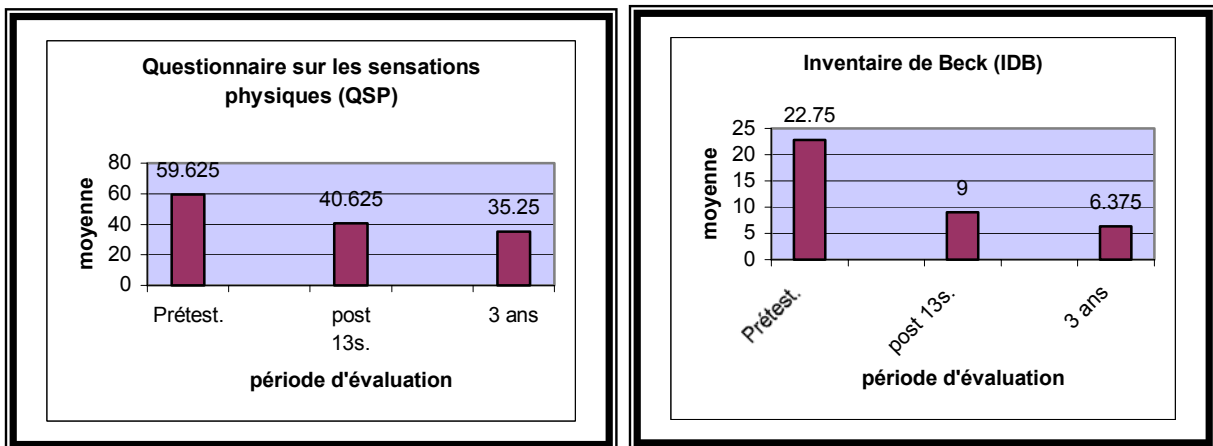
- C.** Les attaques de panique ne sont pas causées par les effets physiologiques directes d'une substance comme les drogues ou par une maladie générale. (ex. hyperthyroïdie)
- D.** Les attaques de panique ne sont pas concernées par d'autres problèmes mentaux comme la phobie sociale, les phobies spécifiques, les problèmes de stress post-traumatiques.

La méthodologie expérimentale comprenait quatre phases bien distinctes :

- 1) Une phase prétraitement d'évaluation comprenant l'utilisation du Prime-MD pour vérifier le diagnostic du Trouble Panique, une évaluation clinique psychologique à l'aide de six questionnaires standardisés et largement utilisés et une évaluation ostéopathe ;
- 2) Une phase thérapeutique comprenant quatre séances de traitement ostéopathe ; suivi d'une évaluation ostéopathe sur l'évolution des lésions décelées en prétraitement.
- 3) Une phase post-traitement d'évaluation où on réévalue les sujets avec les mêmes questionnaires d'évaluation psychologique utilisés en prétest ;
- 4) Une phase de relance après trois ans utilisant les mêmes questionnaires afin de vérifier si les acquis obtenus se sont maintenus.

Donc, l'expérimentation s'est étalée sur treize semaines avec une relance après trois ans. L'analyse statistique faite avec l'aide 1) d'ANOVAS à mesure répétée à trois temps, 2) les tests de comparaison deux à deux à postériori de FISHER PLSD, et 3) le Paired T-TEST montrent une amélioration significative de la qualité de vie des sujets par rapport aux indices de dépression (test de Beck), de peur, d'anxiété et de sensations physiques.

Dans les quatre tableaux suivants, l'amélioration significative au post-test s'est poursuivie après trois ans bien que de façon non significative.



Pour les résultats concernant la disparition des attaques de panique, les explications suivantes s'imposent pour les résultats après 3 ans, dû à 2 sujets dont un qui signale 3 attaques/semaine qui consistent en étourdissement de courte durée. Sur les huit sujets qui ont participé à la relance de trois ans :

3 sujets ne font plus aucune attaque depuis 2-3 ans ;

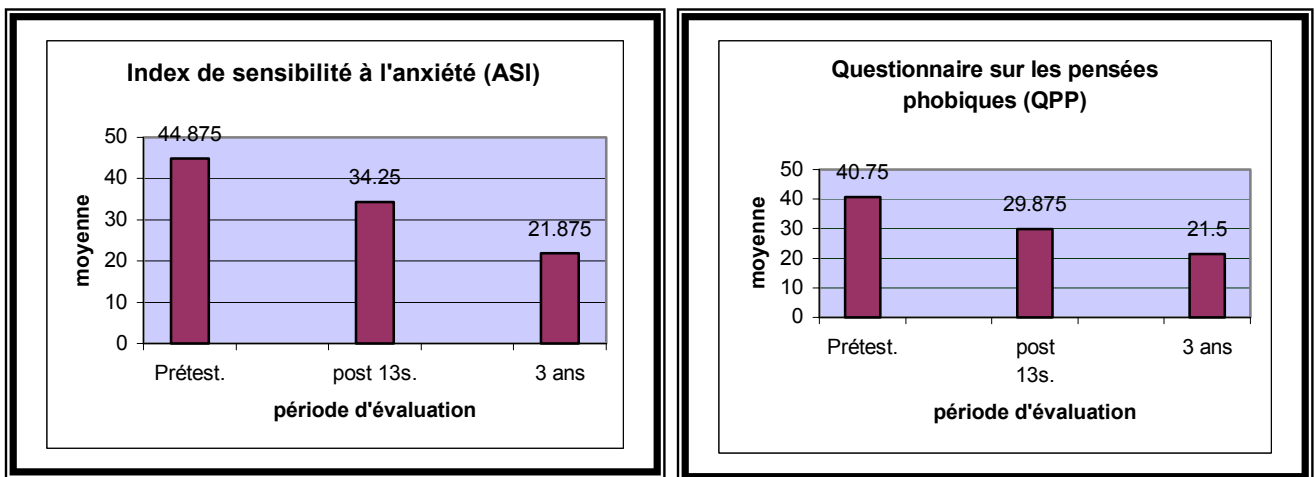
1 sujet fait une grosse attaque de Panique nocturne de courte durée aux 2-3 mois qu'elle contrôle bien au lieu de 4 par semaine ;

Trois sujets présentent un niveau léger selon l'échelle de sévérité des attaques (et moins de 4 symptômes) incluant 1 sujet qui fait beaucoup d'anxiété due à son insatisfaction au travail ;

Le dernier sujet n'en fait plus depuis 6 mois après avoir pris une médication durant 1 an (soit 1 an après l'expérimentation).

Pour les questionnaires ASI et QPP, nous voyons une amélioration significative au post-test

13 semaines et cette amélioration significative s'est poursuivie entre le post-test et la relance de trois ans ce qui est très intéressant.



Pour les tests concernant l'évitement, l'Index de mobilité pour l'Agoraphobie (IMA seul & accompagné) montre une amélioration non significative au post-test et cette amélioration ne s'est pas maintenue pour l'IMA seul où l'on retrouve une légère régression.

Le calcul de l'Ampleur de l'effet (Effect size) montre que nous avons eu un impact majeur sur tous les aspects évalués sauf pour l'IMA seul et accompagné. Un résultat de .50 signifie un bon résultat, moyen et un résultat de plus de .80 est excellent et montre un impact majeur de notre action ostéopathique.

Effect Size

tests	prétest/post-test	prétest/3ans	post-test/3ans
Beck	2.08	2.48	0.66
QSP	2.22	2.86	0,45
ISA	1.23	2.44	1.27
IMA seul	0.53	0.43	0.14
IMA accompagné	0.70	0.67	0.02
NB attaque panique	1.03	0.97	0.19
QPP	1.60	2.80	2
QEP	0.94	1.39	0.49
QEP overall	0.97	1.32	0.63

Nous avons trouvé chez tous les sujets participant à cette recherche de nombreuses lésions ostéopathiques au niveau de la sphère crânienne, mais aussi au niveau des sphères abdominale et thoracique. Cependant, nous n'avons pu trouver un schéma identique dans les lésions, mais plutôt un mécanisme de contraintes diverses s'exerçant sur les mêmes structures. Ce qui explique l'unicité de chaque individu.

En dégageant les mécanismes de contraintes s'exerçant sur le système nerveux central, nous avons observé une amélioration significative de la qualité de vie des sujets de l'étude tels que révélée par les questionnaires d'évaluation clinique psychologique et que cette amélioration s'est maintenue ou même, qu'elle a continué de s'améliorer entre le prétest et la relance de trois ans pour tous les tests sauf pour l'évitement (IMA).

Nos résultats semblent prometteurs à la lumière de ceux obtenus par d'autres recherches de plus grande envergure et utilisant les mêmes outils de mesures psychométriques. Cependant, il faut poursuivre la recherche dans ce domaine avec des moyens physiques, cliniques et financiers adéquats et des protocoles de recherche encore plus structurés, afin de vérifier si les résultats prometteurs et significatifs que nous avons obtenus sont valides, reproductibles et donc exempts de biais expérimentaux.

Finalement, nous espérons que cette recherche ouvre certaines portes du monde médical afin de faciliter des recherches conjointes avec les autres approches déjà existantes pour le traitement du Trouble Panique et autres problèmes anxieux de façon à pouvoir trouver en collégialité, des solutions écologiques exemptes d'effets secondaires, économiques et efficaces pour aider les gens à régler leur problème de santé mentale.

Selon nous, l'Ostéopathie semble représenter une avenue thérapeutique intéressante, efficace et peu coûteuse qui mériterait un essai sérieux auprès d'une plus large clientèle.

Les résultats obtenus à la suite de cette expérimentation ont dépassé nos attentes. Nous savons maintenant que nous pouvons aider les personnes souffrant du Trouble Panique à récupérer leur capacité d'autorégulation et leur capacité de pouvoir faire face aux événements de leur vie de façon autonome pour leur mieux-être et réaliser ainsi leurs aspirations les plus légitimes.