
DOULEURS DE TYPE ARTHROSIQUE DE LA COLONNE VERTÉBRALE ET DES MEMBRES ET DYSOCCCLUSION DENTAIRE

Jean THOMAS¹, Julien THOMAS, Martial FOURNIER, Louis-Pierre ROSATI²

Résumé

Les auteurs rapportent 10 observations de manifestations de type arthrosique, secondaires à une dysocclusion dentaire. Ils rappellent les principaux signes attirant l'attention sur l'existence de cette dysocclusion, à savoir une sensibilité douloureuse à la pression digitale des muscles masséters, temporaux, ptérygoïdiens latéraux, trapèzes, sensibilité des branches externes et internes des nerfs supra-orbitaires, à leur émergence de la boîte crânienne et sensibilité des nerfs sous-orbitaires, sensibilité des articulations temporo-maxillaires, sensibilité du tubercule antérieur de l'atlas, à droite et/ou à gauche, ou des deux côtés, ce qui a une grande valeur localisatrice des anomalies occlusales, d'un côté ou de l'autre. Ils montrent aussi la fréquence et l'intensité de la sensibilité douloureuse de la région sous-malléolaire externe, notamment à gauche, et de la partie postéro-interne des genoux.

Les auteurs insistent en outre sur les causes de ces dysocclusions, prématurité, non-occlusion dentaire au niveau des molaires, obstacles "travaillants et non travaillants", diastasis canin, vide dentaire après extraction dentaire non compensée ce qui va entraîner des modifications de l'équilibre occlusal, obstacles iatrogènes, par des appareils dentaires mal équilibrés, par des couronnes dentaires entraînant un déséquilibre occlusal. Ils montrent comment se fait la correction de la dysocclusion.

Dans les dix observations présentées, ils montrent les localisations essentielles susceptibles d'être améliorées et guéries, certaines périarthrites scapulo-humérales, certaines cervicalgies ou cervico-dorsalgies et certains cas de sciatiques rebelles au traitement médical ou chirurgical.

Ils insistent sur l'intérêt capital d'une collaboration étroite entre le corps médical, médecins généralistes ou spécialistes, et chirurgiens-dentistes.

Abstract

Osteoarthritic pain of the spine and limbs and dental malocclusion

The authors report 10 cases of osteoarthritic pain, secondary to dental malocclusion. They recall the main signs indicating the presence of malocclusion: tenderness on palpation of

¹ Médecin thermal, 20 avenue du Casino, 88800 Vittel

² Service de Médecine physique (Pr JY Maigne) Hôtel-Dieu, 75004 Paris

the masseter, temporalis, lateral pteryoid and trapezius muscles, tenderness over the medial and lateral branches of the supraorbital nerves, at their site of emergence from the skull and tenderness over the infraorbital nerves, tenderness over the temporomandibular joints, tenderness over the right and/or left anterior tubercle of the atlas, which plays a major localizing role for occlusal abnormalities on either side. The authors also highlight the frequency and intensity of tenderness over the lateral submalleolar region, especially on the left side, and the posteromedial aspect of the knees.

The authors describe the various causes of malocclusion: prematurity, absence of dental occlusion of the molars, working and non-working obstacles, canine diastasis, missing teeth after uncompensated dental extraction, which induces modifications of the occlusal balance, iatrogenic obstacles caused by poorly balanced dentures, dental crowns causing occlusal imbalance, and then describe correction of dental malocclusion.

In the ten cases presented, they describe the essential sites that can be improved and cured: some forms of scapulohumeral periarthritis, some forms of neck pain or neck and back pain and some cases of sciatica refractory to medical or surgical treatment.

They stress the importance of close collaboration between general practitioners or specialists and dentists.

Introduction

Depuis 1991, nous nous occupons beaucoup des relations entre migraines et dysocclusion dentaire. L'expérience nous a montré [7-9], comme à beaucoup d'autres [1-6,10-11], que la dysocclusion dentaire pouvait être à l'origine de pathologies bien différentes, telles que des périarthrites scapulohumérales, des épicondylites, des épitrochléites, des douleurs vertébrales, surtout dans la sphère cervico-dorsale et même jusqu'à la région lombo-sacrée. Une telle éventualité nous a paru d'une fréquence si importante qu'il nous a semblé utile de revenir sur cette pathologie d'origine dentaire.

Protocole

Nous devons évoquer l'éventualité d'une participation occlusale dentaire en cas de manifestations arthritiques, pratiquement chaque fois que les manifestations cliniques ne relèvent pas de pathologies bien précises tel qu'un rhumatisme évolutif, et dans les cas où les manifestations cliniques cèdent immédiatement et définitivement à un traitement classique, anti-inflammatoire par voie générale ou par infiltration, par de la kinésithérapie, ostéopathie ou physiothérapie.

Ailleurs, dans tous les autres cas, une origine dentaire peut et doit même être envisagée comme possible. Une telle hypothèse apparaît immédiatement plausible si, au cours d'un examen clinique rapide, on peut trouver une symptomatologie évocatrice. Pour cela, on peut et doit palper les chevilles, notamment la cheville gauche, dans la région sous-malléolaire externe, au niveau des genoux, surtout sur la partie postéro-interne du genou gauche, la charnière dorso-lombaire, plus spécialement à droite, les trapèzes, les articulations temporo-maxillaires, et leur hypersensibilité uni ou bilatérale est très suspecte,

les muscles temporaux, les muscles masséters, les muscles ptérygoidiens latéraux, palpés à l'intérieur de la bouche au niveau de la fosse amygdalienne, les nerfs supra-orbitaires, la branche externe palpée dans l'incisure supra-orbitaire, la branche interne palpée un peu plus en dedans, au niveau de l'angle supéro-interne de la cavité orbitaire, plus précisément au niveau de l'incisure frontale. Il faut examiner la cavité buccale, rechercher une usure anormale des incisives témoignant d'un bruxisme, rechercher un écart anormal entre les canines, supérieures et inférieures, vérifier s'il existe ou non un vide dentaire, particulièrement au niveau des molaires, par extraction dentaire antérieure aux premières migraines, vide non compensé. Il faut vérifier, surtout chez les personnes d'un certain âge, s'il y a des appareils dentaires anormalement mobiles, mal tolérés, des couronnes pouvant réaliser des contacts dentaires prématurés.

L'examen clinique peut et même doit être plus poussé encore, de façon à non seulement confirmer l'existence d'une dysocclusion dentaire, mais aussi de façon à la localiser avec précision. Nous verrons cela en détail à l'exposé des dix observations ici rapportées, recueillies au hasard, parmi tant d'autres.

Observations

Observation 1

Madame F. est une arthrosique chronique. Elle a fait 14 cures à Luchon. Elle vient tous les ans à Vittel depuis 1997. Elle a des douleurs diffuses, lombaires et sacrées. L'hiver 2008-2009 est resté calme. Cette année, elle souffre tout particulièrement de son épaule droite, spécialement la nuit. Elle a du mal à lever le bras, à le porter en haut et en arrière. Elle avait eu d'ailleurs des troubles identiques il y a une dizaine d'années. Un examen radiographique de l'épaule gauche ne montre pas de calcifications et une échographie ne signale pas de rupture tendineuse.

À l'examen, l'épaule droite est hypersensible à sa partie antérieure. L'élévation est très limitée. On note aussi que l'épaule gauche est légèrement sensible, à sa partie antérieure, mais sa mobilité est respectée.

Avec le test des papiers encrés, on a l'impression d'individualiser des obstacles "travaillants et non travaillants" au niveau des premières et deuxièmes molaires gauches, supérieures et inférieures. Après avoir placé une lamelle de papier entre la 27 et la 37, on constate que, brusquement, il n'y a plus de sensibilité de l'épaule gauche. On fait d'ailleurs les mêmes constatations avec une lamelle de papier placée entre la 26 et la 36. On enregistre les faits, on met en route le traitement thermal. On revoit Madame F. au sixième jour de sa cure. Aucun changement. Mêmes réactions à l'épreuve des lamelles de papier. Madame F. hésite à rencontrer le chirurgien-dentiste. On attend. Au onzième jour de la cure, pas de changement dans la symptomatologie irritative scapulaire. Une lamelle de papier entre la 26 et la 36 ou entre la 27 et la 37, tout s'arrange. Madame F. accepte de prendre contact avec le chirurgien-dentiste. Celui-ci fait des meulages comme prévus, très discrets. Les douleurs disparaissent aussitôt. Consultation 4 jours plus tard, puis avant le départ de la station. Plus de douleurs de l'épaule gauche. L'épaule droite

qui était légèrement sensible ne l'est plus. La région interscapulo-vertébrale n'est plus sensible. La cheville gauche est indolore. Sans commentaires.

Donc guérison d'une périarthrite scapulo-humérale gauche par meulage discret au niveau des dernières molaires gauches (la 38 a été extraite autrefois).

Observation 2

Madame W., âgée de 78 ans, d'une taille de 1,53 mètre, avec un poids de 52 kilos, veuve depuis 43 ans, s'est énormément dépensée toute sa vie. Elle est rhumatisante depuis la naissance de sa fille, il y a 47 ans. Elle vient en cure à Vittel fin juillet 2009. Depuis 6 mois, à ses douleurs rhumatismales diffuses, se sont associées des douleurs cervico-scapulaires droites et des vertiges, surtout aux changements de position. Le sommeil est très perturbé.

Au premier examen, on fait les constatations suivantes :

- très vive sensibilité de la région interscapulo-vertébrale droite, au niveau de D4. Les trapèzes sont très sensibles sur leur partie moyenne,
- l'atlas est très sensible à gauche, au niveau du tubercule antérieur, palpé au-dessus et en arrière de l'angle inférieur du maxillaire inférieur. Cette sensibilité de l'atlas, uniquement à gauche, a très souvent une valeur localisatrice, à savoir une dysocclusion gauche,
- enfin, la force musculaire est très diminuée au niveau de la main gauche et du bras gauche. Elle est normale au niveau de la main droite et du bras droit.

À l'examen endo-buccal, on constate qu'il manque, à droite, toutes les dents à partir des canines. À gauche, il y a des implants qui ont remplacé la 34, la 35 et la 36. Ils ont été posés il y a environ 15 ans. Avec les tests des papiers encreux, on a bien l'impression de pouvoir individualiser des obstacles occlusaux sur la première molaire inférieure gauche, la 36. Une lamelle de papier placée entre la 26 et la 36 fait immédiatement disparaître la sensibilité de l'atlas à gauche, de la région interscapulo-vertébrale droite et des trapèzes. La force musculaire est strictement normale, au niveau de la main gauche et du bras gauche.

Le traitement thermal est programmé, notamment les applications de boue, les douches térébenthinées et l'hydrothérapie sédative.

Madame W. est revue au sixième jour. La symptomatologie fonctionnelle est identique. À l'examen clinique, nous faisons exactement les mêmes constatations qu'à la première consultation. Nous prenons rendez-vous pour Madame W. chez le chirurgien-dentiste et nous l'accompagnons. Correction occlusale par meulage au niveau des 26-36. Tout rentre dans l'ordre.

Le bilan en fin de cure montre qu'il n'y a plus aucune douleur ni spontanée, ni provoquée. Les vertiges ont disparu.

Au total, les relations entre la dysocclusion dentaire et les réactions douloureuses cervico-thoraciques paraissent évidentes. Un simple meulage dentaire localisé au niveau des deux premières molaires gauches fait disparaître toutes les réactions douloureuses et permet de constater une récupération totale de la force musculaire de la main gauche et du bras gauche.

Observation 3

Madame C. âgée de 72 ans, vient en cure à Vittel pour des ennuis arthritiques. En fait, elle souffre surtout d'une périarthrite de l'épaule droite depuis une quinzaine d'années. Sa rhumatologue lui a fait, à plusieurs reprises, des infiltrations de cortisone, sans succès. C'est elle qui lui a conseillé la cure. Elle avait parlé de rupture supérieure de la coiffe des rotateurs. Une IRM du 28 janvier 2009 parle effectivement d'une rupture de la partie supérieure de la coiffe. À signaler, en outre, quelques autres manifestations de type arthritique, mais relativement mineures par rapport aux problèmes posés par l'épaule droite, douleurs et déformations des articulations des doigts.

À l'examen clinique, on fait les constatations suivantes : l'épaule droite est hypersensible au niveau de la région trochantérienne droite et toute la hauteur du bord interne de l'omoplate est également sensible. Les trapèzes sont douloureux à la pression. L'atlas est très sensible, à droite et à gauche. Les nerfs supra-orbitaires, branches externes et les nerfs sous-orbitaires sont très sensibles. L'épitrôchlée droite est assez sensible. On réveille une très vive sensibilité de la cheville gauche dans la région sous-malléolaire externe et, au niveau du genou gauche, dans sa partie postéro-interne. La force musculaire est très diminuée au niveau de la main gauche et au niveau du bras gauche. Il est difficile de conclure à une diminution de force du bras droit car la pression du bras réveille une douleur très vive : le bras lâche en raison de la douleur.

Avec les tests des papiers encrés et des lamelles de papier, on n'arrive pas à localiser une dysocclusion précise, encore qu'une lamelle de papier entre la 27 et la 37 semble atténuer la douleur de l'épaule droite.

On met au point le programme thermal ; il se déroule assez correctement, néanmoins on est contraint de supprimer la rééducation en piscine très mal supportée. Au sixième jour de la cure, l'examen clinique n'enregistre pas de progrès. On refait le point quatre jours plus tard. Pas de changement. On reprend le problème de la dysocclusion et la lumière jaillit.

Une lamelle de papier est placée à nouveau entre la 27 et la 37, mais, les dents serrées, on peut la retirer. On met deux épaisseurs de lamelles de papier, cela tient mieux, mais on peut encore retirer cette lamelle de papier double. On met alors trois épaisseurs de lamelles de papier : cela tient bien, et c'est le miracle. Consultation le jour même chez le chirurgien-dentiste. Il confirme la sous-occlusion. Il comble le vide intermédiaire par application d'un composite sur la 37. Même résultat qu'avec la pose de trois lamelles de papier : l'épaule n'est plus douloureuse. L'épaule est relevée sans grimaces. On constate même que l'épaule gauche n'est plus sensible à la palpation. L'irritation à tous les autres niveaux a disparu. La main gauche a récupéré sa force musculaire.

Bilan, en fin de cure, à la dernière consultation : tout est bien. Dans le compte-rendu au rhumatologue et au médecin traitant, on explique ce qui s'est passé. On fait une lettre personnelle pour le chirurgien-dentiste habituel en insistant sur la nécessité de contrôles fréquents du fait que le composite risque de s'user plus ou moins rapidement, et en prévoyant au besoin une solution plus définitive, une couronne par exemple. On lui laisse toute latitude pour régler définitivement la dysocclusion.

En conclusion, 15 ans de souffrance pour un pauvre petit espace libre entre deux dents homologues gauches, les deuxième molaires inférieure et supérieure.

Observation 4

Madame D., âgée de 54 ans, vient à Vittel en cure thermale le 20 juillet 2009. Elle a toujours été en bonne santé jusqu'au moment où, en mars 2008, on lui découvre un cancer du sein droit. Le traitement va consister en chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie. C'est alors qu'apparaissent des manifestations arthritiques qui ne vont aller qu'en empirant, douleurs des deux genoux, avec gêne à la marche, surtout en terrain montant, douleurs au niveau des chevilles, dorsalgies, cervicalgies. On lui a fait faire des examens radiographiques des genoux, une IRM cervico-céphalique, sans relever d'anomalies très importantes. Elle se plaint d'une grande fatigue. Dès la première consultation, on constate que les deux genoux sont sensibles, sur leur partie postéro-interne, qu'il y a une sensibilité de l'espace interscapulo-vertébral, au niveau de D9 et au niveau de D4 à droite, et les trapèzes sont très sensibles. Nous constatons aussi que les deux articulations temporo-maxillaires sont sensibles, que les deux muscles temporaux sont très sensibles. Les tubercules antérieurs de l'atlas sont sensibles, surtout à droite. Il y a une forte diminution de la force musculaire de la main gauche et du bras gauche. La notion de déséquilibre occlusal dentaire s'impose. Par l'épreuve des papiers encrés, on remarque des anomalies suspectes à droite, au niveau de la 46 (première molaire inférieure droite). Une lamelle de papier, placée entre la 16 et la 46, fait disparaître immédiatement tous les signes d'irritabilité à tous les niveaux. La force musculaire redevient normale. Le visage de Madame D. s'éclaire. Cette femme retrouve confiance immédiatement.

On lui programme un traitement thermal approprié et une cure d'eau minérale très douce. On la revoit au sixième jour. Elle est détendue, elle souffre peut-être un peu moins, mais l'examen clinique retrouve la même irritabilité qu'à l'arrivée et la même diminution de la force musculaire de la main gauche et du bras gauche. Le test de la lamelle de papier placée entre la 16 et la 46 fait à nouveau tout rentrer dans l'ordre. Une lamelle de papier placée entre les autres dents, à droite ou à gauche, n'entraîne aucune amélioration.

Rendez-vous est pris chez le chirurgien-dentiste. Meulage approprié d'obstacles "travaillants et non travaillants" au niveau des 16 et 46. À la fin du traitement qui a duré quelques minutes, il n'y a plus aucun trouble.

La cure se déroule sans problèmes, il n'y a plus de douleurs. La marche se fait facilement. On monte et on descend les escaliers sans difficultés. L'examen clinique ne repère aucune anomalie au niveau des membres et de la colonne vertébrale. La force musculaire au niveau des mains et des bras est normale.

Pourquoi ces troubles sont-ils apparus après le traitement pour cancer du sein ? Nous évoquons, sans certitude, l'accentuation d'une dysocclusion dentaire, latente jusqu'alors, et aggravée éventuellement pendant l'intervention et peut-être plus particulièrement au moment de l'anesthésie et de la mise en place de l'intubation. De toute façon, la dysocclusion qui, pour nous, était responsable des troubles arthritiques ne saurait être considérée comme secondaire à des troubles psychosomatiques, entraînés par la découverte du cancer du sein et de ses répercussions neurovégétatives.

Observation 5

Madame K., âgée de 47 ans, vient en cure à Vittel en août 2009 pour des problèmes arthrosiques. Cette femme a été opérée en 1989 d'une sciatique L5-S1 à droite. L'opérateur, en fait, à l'intervention, ne trouve pas de hernie discale. Il se retire sans rien faire localement. La sciatique persiste et en 1992, une deuxième intervention est faite par un autre chirurgien, mais pratiquement sans résultat. On n'a pas de compte-rendu opératoire, ni de la première, ni de la deuxième intervention. Madame K. a un traitement médical à base d'analgésiques, d'anti-inflammatoires. On lui a proposé des antidépresseurs qu'elle a vite abandonnés en raison d'effets secondaires trop importants. Elle souffre également de la colonne cervicale, presque en permanence.

À l'examen clinique, nous retrouvons un signe de Lasègue bilatéral mais beaucoup plus marqué à droite qu'à gauche. À droite, l'élévation de la jambe n'excède pas 30 à 40°. La charnière lombaire est très sensible au niveau de L4-L5 et de L5-S1, surtout à droite. Cet examen clinique systématique montre également une sensibilité des deux chevilles dans la région sous-malléolaire externe et des deux genoux sur leur partie postéro-interne. La région dorsale est sensible dans l'espace interscapulo-vertébral droit au niveau de D9 et de D4. La colonne cervicale est sensible à droite, au niveau de C4-C5.

Par ailleurs, nous constatons que l'articulation temporo-maxillaire droite est très sensible, que l'atlas est très sensible, plus à gauche qu'à droite. Le temporal droit est très sensible, la branche externe du nerf supra-orbitaire droit également. Les deux ptérygoïdiens latéraux, examinés par le palper endo-buccal, sont sensibles. Il y a, en outre, une très nette diminution de la force musculaire de la main gauche et du bras gauche.

L'examen endo-buccal montre qu'il manque beaucoup de dents à droite et à gauche, et qu'à droite, la 16 et la 46 (premières molaires, supérieure et inférieure), sont toujours en place, et ne sont pas en contact, et il manque la 17.

Nous essayons de rétablir le contact entre la 16 et la 46. Il faut 6 à 7 épaisseurs de lamelles de papier. On assiste à un énorme changement dans le tableau clinique : l'extension de la jambe droite est beaucoup plus importante, la charnière lombo-sacrée n'est pratiquement plus sensible. Les douleurs cervico-brachiales droites s'atténuent. La sensibilité douloureuse à l'examen s'atténue à tous les niveaux et la force musculaire est totalement récupérée.

On obtient les mêmes résultats avec un rouleau de coton (de 8 millimètres de diamètre) placé dans l'espace correspondant à l'extraction de la 17, et cette extraction avait été réalisée bien avant l'apparition des ennuis de ce type. Nous demandons l'avis du chirurgien-dentiste qui fait les mêmes constatations cliniques que nous. Il propose, lui aussi, de corriger la béance dentaire au niveau de la 17 et de régler le problème de l'espace entre la 16 et la 46. C'est ce que nous conseillons au chirurgien-dentiste qui soigne Madame K. en lui adressant un courrier personnel.

La cure se passe sans difficultés, sans fatigue, avec une certaine amélioration de l'intensité des sciatalgies, des névralgies cervico-brachiales et nous attendons avec confiance les résultats des soins dentaires proposés.

Au total, Madame K. a retrouvé le moral car elle a eu la preuve que ses problèmes de sciatique et de névralgies cervico-brachiales pourraient et devaient trouver une solution.

Observation 6

Monsieur L. est âgé de 64 ans. Il vient une nouvelle fois en cure à Vittel le 17 août 2009. Il y était venu précédemment en 1988, 1990, 1991, 1992 et 1993, mais, jusqu'à présent, uniquement pour des problèmes urinaires, de lithiase rénale, compliquée d'infections urinaires. Cette année, ses problèmes dominants sont de type arthrosique et notamment de la région cervicale. On apprend qu'en 2006, il a eu un accident d'automobile. Monsieur L. nous précise qu'il a été propulsé en avant, que le front a percuté la vitre avant et qu'il la cassée. C'est depuis cet accident qu'il accuse en permanence des cervicalgies droites avec limitation des possibilités de rotation de la tête sur la droite. Il a de temps à autre des vertiges. Les cervicalgies se sont nettement aggravées dans le courant des années 2008-2009, et à l'examen, la colonne cervicale est très sensible sur pratiquement toute sa hauteur. Cette année 2009, pour des raisons d'esthétique, un gros travail dentaire a été entrepris, certaines dents inférieures ont été "rehaussées".

Monsieur L. souffre aussi de sa charnière lombo-sacrée, et celle-ci est très sensible à l'examen, au niveau de L4-L5 et L5-S1, à gauche et à droite.

Des examens radiographiques ont été réalisés, de la colonne cervicale et de la colonne lombo-sacrée, mais à part quelques signes bénins d'arthrose, on ne s'est pas particulièrement inquiété.

Monsieur L. consomme, à la demande, des antalgiques et des myo-relaxants. Il a refusé toute autre médication en raison de leurs effets secondaires.

Au premier examen, on ne pousse pas plus loin les investigations cliniques. On prescrit la cure hydrique et les soins thermaux classiques, boue, hydrothérapie sédative, douches térébenthinées. Du fait de la localisation cervicale dominante, on se méfie de tout traitement qui pourrait être agressif. On ne prescrit pas de massages, ni de séances de piscine. À la deuxième consultation, Monsieur L. est plus détendu mais la sensibilité de la colonne cervicale et de la colonne lombo-sacrée n'a pas changé. On commence à suspecter une participation occlusale dentaire. On a recours au test des papiers encrés qui donne l'impression qu'on peut individualiser des obstacles "travaillants et non travaillants" au niveau de la 16 et de la 46 (premières molaires droites, supérieure et inférieure). Une lamelle de papier est placée entre la 16 et la 46 : la sensibilité de la colonne cervicale disparaît. La rotation de la tête sur la droite se fait sans douleurs. À l'examen de la charnière lombo-sacrée on ne réveille plus aucune sensibilité. On en reste là. On attend une nouvelle consultation qui a lieu au onzième jour de la cure : mêmes effets au test de la lamelle de papier entre la 16 et la 46. On se propulse chez le chirurgien-dentiste. Il fait les mêmes constatations : meulage d'obstacles travaillants jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de sensibilité à l'examen de la région cervicale et au niveau de la charnière lombo-sacrée. On refait le point à deux reprises avant la fin de la cure. Tout va bien. Monsieur L. est ravi. On remet au patient un compte-rendu de la cure et du traitement occlusal en double exemplaire. L'un est destiné au chirurgien-dentiste habituel qui, averti, saura surveiller le problème et ajouter une nouvelle correction si nécessaire.

Ainsi les cervicalgies chroniques et les douleurs lombo-sacrées venaient d'un syndrome occlusal dentaire entre la 16 et la 46.

Observation 7

Madame B. âgée de 41 ans vient à Vittel tous les ans depuis 1993 pour surcharge pondérale et pour des troubles arthritiques à localisation assez variable selon les années : les genoux, la colonne vertébrale, cervicale, dorsale, lombaire. Depuis deux ans, le tableau clinique est dominé par une périarthrite scapulo-humérale bilatérale. Elle souffre tous les jours, la nuit plus encore que dans la journée et son sommeil est très perturbé. Elle consomme des anti-inflammatoires pratiquement tous les jours. Elle a eu des examens radiographiques des épaules qui n'ont rien relevé. Durant l'hiver 2007-2008, elle a eu deux infiltrations à droite, deux infiltrations à gauche, pratiquement sans effet.

Pendant la cure thermale de 2008, nous avons mis en évidence une dysocclusion dentaire mais Madame B. a refusé qu'on s'occupe de sa dentition.

L'examen clinique, à l'arrivée à Vittel, en 2009, confirme que les deux épaules sont extrêmement sensibles, surtout en avant, au niveau de la région du trochiter, mais aussi en arrière, le long du bord externe de la clavicule. L'élévation comme la rétropulsion des épaules est extrêmement pénible. On retrouve aussi une sensibilité douloureuse importante à la pression de la région paravertébrale dorsale droite, entre l'omoplate et la colonne, au niveau de D4-D5 et au niveau de D9. L'atlas est sensible à droite et à gauche, les deux articulations temporo-maxillaires, les deux trapèzes également, ainsi que la partie postéro-interne des genoux, la région sous-malléolaire externe des chevilles, surtout de la gauche, et il y a une franche diminution de la force musculaire de la main gauche et du bras gauche.

À l'ouverture de la bouche, on s'aperçoit qu'il manque la 26 (la première molaire supérieure gauche). Elle a été extraite il y a plusieurs années. Une lamelle de papier entre la 27 et la 37 fait disparaître immédiatement la presque totalité de la sensibilité douloureuse des deux épaules, en avant et en arrière, et Madame B. sourit en s'apercevant qu'elle retrouve une bonne mobilité de ses épaules. Par ailleurs, la sensibilité de toutes les zones à distance des épaules a disparu, au niveau de l'atlas, des trapèzes, des ATM, de la région interscapulo-vertébrale droite, au niveau des genoux et des chevilles. La force musculaire de la main gauche et du bras gauche est redevenue normale. On obtient des résultats identiques avec une lamelle de papier placée entre la 25 et la 35.

Cette fois, Madame B. accepte que l'on s'occupe de sa dysocclusion dentaire : meulage simple et discret au niveau des 27 et 37 et des 25 et 35. Les résultats sont parfaits et se maintiennent aussi satisfaisants à la dernière consultation, la veille du départ de Vittel.

Ainsi, une nouvelle fois, des résultats qui surprennent et le corps médical et la patiente qui, au départ, n'osait pas y croire. Il restera, pour éviter les rechutes, à s'occuper du vide dentaire laissé par l'extraction de la 26.

Observation 8

Monsieur L., âgé de 35 ans, vient nous voir en consultation en août 2009. Il est envoyé par un rhumatologue pour une périarthrite scapulo-humérale gauche hyperdouloureuse, qu'il a soulagée, mais en partie seulement. Il a suspecté une dysocclusion dentaire et demande notre avis.

Les douleurs de l'épaule se sont installées brutalement il y a environ deux ans. Elles s'accompagnent de cervicalgies gauches qui sont un peu plus anciennes, ayant débuté il y a trois ans environ, sourdes et tenaces.

À l'examen, l'épaule gauche est très douloureuse, en avant. La mobilité, l'élévation, la rétropulsion sont limitées par la douleur. La colonne cervicale est sensible à droite, au niveau de C4-C5. La région paravertébrale interscapulo-vertébrale est sensible à droite, au niveau de D4. Le trapèze gauche est hypersensible. L'articulation temporo-maxillaire gauche est très sensible, le muscle ptérygoïdien latéral gauche également. L'atlas est sensible à gauche au niveau du tubercule antérieur.

À l'examen endobuccal, on relève l'absence de la 26, première molaire supérieure gauche qui a été extraite il y a plusieurs années, et l'espace intermédiaire entre la 27 et la 25 est resté vide. Une lamelle de papier placée entre la 27 et la 37 fait tout rentrer dans l'ordre, à la grande surprise de Monsieur L. Le jour même, le chirurgien-dentiste intervient. Il lime progressivement la 27 et la 37, puis la 25 et la 35 jusqu'à disparition de toute la symptomatologie irritative, notamment du trapèze gauche, de l'articulation temporo-maxillaire gauche, de l'atlas à gauche. En quelques minutes, l'affaire est réglée. On conseille à notre correspondant de se mettre en rapport avec un chirurgien-dentiste local pour que l'espace libre correspondant à la 26 extraite soit comblé et correctement comblé. On empêchera ainsi des rechutes.

Observation 9

Madame W. vient en cure à Vittel depuis 2002 pour surcharge pondérale, et surtout pour des ennuis arthrosiques majeurs, avec un passé impressionnant.

En effet, elle a été opérée en 1985 d'une hernie discale droite. Elle a été réopérée au même niveau d'une rechute en 1985. Elle a été réopérée au même niveau pour rechute en 1986, avec des suites perturbées par des troubles sphinctériens, urinaires et rectaux. En février 2004, elle est opérée d'une hernie discale C5-C6 à droite. Elle continue à souffrir de sciatalgies droites, plus ou moins vives selon les années.

La cure de Vittel atténue ses douleurs et lui permet de passer des hivers relativement tranquilles. Elle revient en cure fin septembre 2009. Depuis six mois, elle souffre énormément, sans interruption, de lombo-sacralgies droites, avec des douleurs se prolongeant sur la face postéro-externe de la cuisse droite, jusqu'au genou droit. Elle a été hospitalisée dans un Centre Hospitalier en vue d'un bilan systématique. Une scintigraphie osseuse a montré "une hyperfixation des régions postéro-latérales de L3 pouvant relever d'une hyperfixation arthrosique, sans apparition d'autres anomalies sur le reste du rachis lombo-sacré ni du bassin". Un examen par IRM conclut "issu cicatriciel en L5-S1, notamment autour de la racine L5 droite. Pas de récurrence herniaire. Discopathie-protrusion L4-L5". On la traite par des dérivés morphiniques, par des neuroleptiques, et dernièrement, on a essayé la neuro-stimulation. En fait, à son arrivée, Madame W. souffre en permanence. Elle dort peu. Elle est épuisée.

Au premier examen, on constate que la charnière lombo-sacrée est hypersensible au niveau de L4-L5, de L5-S1 à droite ; il y a une légère sensibilité symétrique à gauche.

Surtout, on relève un signe de Lasègue à droite. L'élévation du membre inférieur droit est limitée à 15 à 20°. À gauche, l'élévation atteint 90° et plus.

Au bilan clinique plus systématique, on fait les constatations suivantes. La région inter-scapulo-vertébrale est très sensible au niveau de D4 et de D9, à droite, pas à gauche. La cheville gauche est sensible dans sa partie sous-malléolaire externe. Le genou gauche est sensible dans sa partie postéro-interne. L'atlas est sensible à gauche. Le trapèze gauche est très sensible, le ptérygoïdien latéral gauche est très sensible, la branche externe du nerf supra-orbitaire gauche aussi. La force musculaire de la main gauche et du bras gauche est très déficiente.

L'examen endo-buccal nous montre deux anomalies.

Première anomalie. On remarque qu'il y a une non occlusion entre les canines gauches (un diastasis gauche). On apprend que la canine supérieure gauche est "tombée spontanément" et qu'elle a été remplacée, mais la nouvelle dent n'est pas assez longue. Il reste un espace entre la 23 et la 33 (canines supérieure et inférieure gauches. On arrive à combler cet espace avec 4 épaisseurs de lamelles de papier et, à notre surprise, au niveau de L4-L5 et L5-S1, à droite, on ne réveille plus aucune douleur et on n'a plus de signe de Lasègue. Le membre inférieur droit est relevé facilement à 90° et plus. Parallèlement, toutes les zones sensibles sont devenues indolores, à tous les niveaux, et la force musculaire de la main gauche et du bras gauche est redevenue tout à fait normale.

Deuxième anomalie. La 35 (deuxième prémolaire inférieure gauche) a été extraite, à une date sûrement très éloignée et qu'on n'arrive pas à préciser. Il y a un espace libre interdentaire correspondant à cette 35 disparue. On place un rouleau de coton comblant cet espace dentaire : comme avec les lamelles de papier entre les canines gauches, tout rentre dans l'ordre. Avec les tests des papiers encrés, on a l'impression qu'il s'est créé des obstacles occlusaux au niveau des dents voisines de l'espace dentaire libre. Une lamelle de papier entre la 26 et la 36 : tout rentre dans l'ordre également. Même effet avec une lamelle de papier entre la 24 et la 34.

Confrontation immédiate entre le médecin thermal et le chirurgien-dentiste, lequel fait les mêmes constatations cliniques. On décide, au moins à titre d'essai, de combler l'espace libre entre les canines avec un composite. Toutes les douleurs disparaissent : plus d'irritation sciatique, marche facile, moral en hausse. Le répit n'est que de 3 jours. Les ennuis reprennent, progressivement. On agit cette fois sur les obstacles occlusaux 26/36 et 24/34. Meulage progressif et rapide. En quelques minutes on retrouve le calme complet. En fin de séjour, la situation reste aussi satisfaisante.

C'est donc une nouvelle observation mettant en relief les méfaits à distance de certaines dysocclusions dentaires. Il est bien évident que les corrections faites sont un premier pas, mais qu'il faudra ensuite envisager le comblement définitif des espaces entre les 23 et 33 et au niveau de la 25 extraite, et il faudra assurer un équilibre occlusal parfait.

Observation 10

Madame M., âgée de 56 ans, nous est adressée par son rhumatologue. Elle consulte le 4 juillet 2009 pour faire le point en vue d'une cure thermale à Vittel qui commencera au début de septembre. Cette femme a déjà eu une périarthrite scapulo-humérale gauche, opérée en 2005. Elle a été opérée préalablement d'un canal carpien à gauche et à droite,

des deux côtés le même jour. Elle porte des semelles orthopédiques pour des talalgies gauches, avec un évidement de la semelle au point de contact talonnier douloureux.

Ses ennuis lors de cette première consultation sont dominés par des douleurs cervico-trapéziennes qui n'ont presque pas été améliorées dans une autre station thermale fréquentée en 2008. Les douleurs sont permanentes, véritablement handicapantes, et l'ont conduite à interrompre son activité d'aide-soignante hospitalière. Le traitement médical est limité à la prise de paracétamol en raison d'une très grande intolérance médicamenteuse.

Dès le premier examen clinique, nous constatons qu'il y a une sensibilité douloureuse à la pression digitale à divers endroits : sur la face postéro-interne des deux genoux, au niveau des deux chevilles et plus particulièrement au niveau de la cheville gauche, dans sa région sous-malléolaire externe. L'atlas est sensible à droite et à gauche. Les deux articulations temporo-maxillaires sont sensibles, la branche externe des deux nerfs supra-orbitaires également et, en outre, la force musculaire de la main gauche et du bras gauche est très déficiente. Ces constatations font évoquer d'emblée la possibilité d'une dysocclusion dentaire. Grâce aux tests des papiers encrés et des lamelles de papier, placées entre les dents, nous arrivons rapidement à la mise en évidence d'une dysocclusion qui se situe entre les 16 - 46 et 17 - 47 à droite (premières et deuxième molaires supérieures et inférieures droites), et entre les 26 - 36 et 27 - 37 à gauche (premières et deuxième molaires supérieures et inférieures gauches). Une lamelle de papier placée à droite ou à gauche entre l'une ou l'autre de ces deuxième et troisième molaires gauches ou droites fait tout rentrer dans l'ordre. Avec une lamelle de papier placée à droite à la fois entre les deuxième et troisième molaires, en même temps qu'une lamelle de papier placée à gauche à la fois entre les deuxième et troisième molaires, les résultats sont encore plus démonstratifs.

Dès la première consultation de cure en septembre, on fait les mêmes constatations et on entreprend rapidement la correction prévue, par des meulages successifs, très contrôlés, très limités. À la fin de la cure, on a une amélioration qui touche à la guérison ; il ne persiste guère que les talalgies atténuées, partiellement par les soins thermaux.

Il s'agit donc de cervico-dorsalgies bilatérales, en rapport avec une dysocclusion dentaire bilatérale.

Discussion et conclusions

Le rôle de la dysocclusion dentaire vis-à-vis de certaines manifestations arthritiques rebelles est à rechercher systématiquement, aussi bien en ce qui concerne les localisations arthritiques au niveau de la colonne vertébrale que celles au niveau des membres. Pour mettre en évidence cette dysocclusion, il convient d'insister sur certaines notions qui ont particulièrement attiré l'attention des auteurs depuis une vingtaine d'années :

- fréquence et intensité de la sensibilité douloureuse à la pression digitale de la cheville, la gauche surtout, dans la région sous-malléolaire externe, et de la partie postéro-interne du genou gauche (et c'est l'inverse chez les gauchers, c'est alors surtout la cheville et le genou droits),

- fréquence de la sensibilité de la charnière dorso-lombaire à droite,
- importance de la sensibilité de l'atlas au niveau du tubercule antérieur du processus transverse car la localisation de la dysocclusion se fait le plus souvent du côté de la sensibilité de l'atlas si elle est unilatérale. Il faut rechercher la dysocclusion des deux côtés quand l'atlas est sensible à droite et à gauche.

Il faut savoir que cette dysocclusion peut être simple ou complexe et qu'il peut s'agir d'une prématurité (contact dentaire prématuré d'un côté par rapport à l'autre), de diastasis canin, d'une sous-occlusion (non occlusion dentaire au niveau des prémolaires et surtout au niveau des molaires), d'une extraction dentaire avec vide dentaire non compensé, ce qui facilite des modifications de l'équilibre occlusal.

- il faut savoir rechercher des obstacles "travaillants et non travaillants" provoquant une gêne des mouvements mandibulaires en latéralité, de dedans en dehors et de dehors en dedans.
- il faut rechercher des causes iatrogènes tels que des appareils dentaires mal équilibrés, mal tolérés, des couronnes dentaires provoquant un déséquilibre occlusal.

Il faut s'habituer, s'entraîner à rechercher ces causes.

Toutes ces notions permettent d'insister à nouveau sur l'importance d'une symbiose de plus en plus étroite entre le chirurgien-dentiste et le corps médical, médecin généraliste ou médecin spécialiste.

Bibliographie

- 1- Bodéré C, Fleiter B. Douleurs musculaires chroniques. *Réalités cliniques* 2007;18,4:363-376.
- 2- Friction J, Mataway H, Bromaghin C. Interdisciplinary management of patient with TMJ and craniofacial pain: characteristics and outcome. *J Cranio disorder facial oral pain* 1987;115-122.
- 3- Jeanmonod A. *Occlusodontologie. Applications cliniques*. Cdp. Edit. Paris 1988:358 p.
- 4- Magnuson T, Egermarki I, Carlson GE. A prospective investigation over two decades on signs and symptoms of temporomandibular disorder and associated variables. A final summary. *Acta Odontol. Scand* 2005;63:99-109.
- 5- Rozenzweig D. *Algies et dysfonctionnement de l'Appareil Manducateur. Propositions diagnostiques et thérapeutiques*. Cdp Edit. 1994, 467 p.
- 6- Svenson P, Graven-Nielsen T. Craniofacial muscle pain review of mechanism and clinical manifestations. *J Oro-fac Pain* 2001,15:117-145.
- 7- Thomas J, Thomas E. Périarthrite scapulo-humérale et dysocclusion dentaire. 15^{ème} Congrès français de Rhumatologie. *Revue du Rhumatisme*. Edit. Fse 2002;69,10-11:1162.
- 8- Thomas J, Tomb E. Le coup du lapin. Céphalées, vertiges et dorsalgies secondaires. Leur traitement à Vittel. *Press Therm Climat* 1996,133:193-198.
- 9- Tomb E, Thomas J, Donnadiou S. Malocclusion dentaire : étiologie des cervicalgies idiopathiques. *Press Therm Climat* 1999,136:137-142.
- 10- Woda A, Pionchon P. A unified concept of idiopathic orofacial pain : pathophysiologic features. *J orofac Pain* 2000,14:196-212.

- 11- Woda A, Pionchon P. L'évaluation du patient souffrant de douleurs oro-faciales. *Réalités Cliniques* 2007;18,4:347-355.