
DÉFICIT MOTEUR DES MEMBRES SUPÉRIEURS CHEZ LES MIGRAINEUX

J THOMAS¹, LP ROSATI², M FOURNIER³, Julien THOMAS³

Résumé

Les auteurs montrent que, dans tous les cas de migraines, sans exception, il y a un déficit moteur qui se situe au niveau des bras et des mains, surtout à gauche, et qu'on est capable de faire disparaître instantanément ce déficit par des tests précis au niveau des arcades dentaires. Cette acquisition fournit un argument de poids à la notion que la migraine relève essentiellement d'une dysocclusion dentaire spécifique. Elle en facilite la localisation, le mécanisme et le traitement.

Mots clés : migraines, déficit moteur membres supérieurs.

Abstract

Upper limb motor deficit in migraine patients

The authors show that every case of migraine, without exception, is associated with a motor deficit affecting the arms and hands, especially on the left side, which can be instantaneously resolved by precise tests on the dental arcades. This findings constitutes a major argument in support of the concept that migraine is essentially due to specific dental malocclusion and facilitates the localization, mechanism and treatment of migraine.

Key words : migraine, motor deficit upper limb.

Depuis une vingtaine d'années, nous avons insisté sur l'existence, chez les migraineux, d'une sensibilité douloureuse provoquée, retrouvée avec une variabilité selon les cas, dans sa localisation et son importance [5-10,12,13]. On retrouve surtout une sensibilité douloureuse au niveau des muscles cervico-faciaux, scalènes, sterno-cléïdo-mastoïdiens, ptérygoïdiens médiaux, ptérygoïdiens latéraux, masséters, temporaux, au niveau de l'émergence extra-crânienne des branches externes et internes des nerfs supra-orbitaires et des nerfs sous-orbitaires, au niveau de l'atlas (partie antérieure de l'apophyse transverse) et à distance de la sphère oro-faciale, surtout au niveau des chevilles, à gauche notamment, dans la région sous-malléolaire externe, au niveau des genoux, à gauche surtout, au niveau de leur face postéro-interne, au niveau de la charnière dorso-lombaire et le plus souvent à droite, au niveau de la région para-vertébrale, thoracique droite, D9 et D4-D5.

¹ Médecin thermal, 20 avenue du Casino, 88800 Vittel

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

³ Chirurgien-Dentiste

Mais de plus, nous avons constaté, depuis fin 2007, et nous en avons fait mention dans un article de 2008 [11] paru dans *la Presse Thermale et Climatique*, un déficit moteur des membres supérieurs, surtout à gauche, qui revêt, à nos yeux, une importance capitale.

Nous développerons donc successivement le mode de recherche de cette déficience motrice, sa fréquence chez le migraineux, son importance clinique, son importance thérapeutique. Nous verrons enfin les discussions que ce chapitre soulève.

Recherche du déficit des membres supérieurs chez les migraineux

L'examen se fait, de préférence en position assise, le corps reculé sur le lit d'examen de telle façon que les pieds ne touchent pas le sol, et les yeux fermés au moment de l'épreuve, ces précautions étant destinées à éviter les interférences podologiques et visuelles. En fait, l'examen peut très bien se faire en décubitus dorsal ou en position demi-assise comme par exemple sur la table d'examen du chirurgien-dentiste.

a) Recherche du déficit neuro-musculaire au niveau des mains

On fait tendre les bras et les mains du patient à l'horizontale, la paume de la main en bas et le dos de la main en haut. Ensuite on lui demande de relever le plus possible la main, pratiquement à la verticale. L'examineur place alors sa main gauche sous l'avant-bras du patient pour le soutenir, tandis que de sa main droite il essaye d'abaisser la main de celui ou celle qu'il examine, lui demandant de s'y opposer. Si le patient ne parvient pas à s'opposer à l'abaissement de sa main, c'est que sa force musculaire est déficitaire, et si c'est le contraire, c'est que la force motrice des muscles d'extension du carpe est normale. Ce test est pratiqué successivement d'un côté puis de l'autre.

b) Recherche du déficit musculaire au niveau du bras

Pour l'exploration de la force musculaire du bras, c'est-à-dire des muscles élévateurs du bras, on fait tendre les avant-bras et les mains à l'horizontale, puis on s'efforce d'abaisser le bras à explorer en appuyant de haut en bas sur le coude, soit d'une seule main, soit les deux mains jointes, en demandant au migraineux de s'y opposer. S'il n'y parvient pas, c'est que la force musculaire est déficiente. Dans le cas contraire, on en conclut que la force musculaire est normale. On fait toujours un examen comparatif successivement d'un côté et de l'autre.

Résultats

Sur les 100 derniers cas de migraines que nous avons explorées de cette façon, nous avons trouvé 96 fois une diminution manifeste de la force musculaire de la main gauche, souvent plus marquée encore au niveau du bras gauche. Quatre fois, nous avons eu l'impression qu'il n'y avait pas de déficience motrice : pour ces 4 cas, nous l'avons retrouvée au niveau du bras gauche, le sujet étant examiné en position debout. On peut donc conclure qu'il y a, dans tous les cas de migraines, une déficience motrice au niveau des

membres supérieurs gauches. Dans certains cas, mais assez rarement, il s'y associe une déficience motrice, mais moindre, de la main droite et du bras droit.

Il nous paraît important de signaler que, pour 3 cas de migraines chez des gauchers, nous avons retrouvé une déficience musculaire à gauche, alors que l'examen clinique montrait, au niveau des chevilles et des genoux, une sensibilité provoquée anormale à dominante droite, comme nous l'avions constaté antérieurement [10].

Importance clinique du déficit moteur du membre supérieur

La constatation d'une diminution de force au niveau de la main gauche et du bras gauche provoque toujours un grand étonnement à la fois chez le patient et chez le médecin, et l'étonnement est encore plus important quand il suffit de placer un tampon de coton entre les arcades dentaires ou simplement une lamelle de papier entre deux dents où on a suspecté l'origine de la dysocclusion dentaire, pour que, immédiatement, le migraineux retrouve une force musculaire pleine et entière de son bras gauche et de sa main gauche. Si, dans tous les cas de migraines, l'examen clinique montre l'existence d'un déficit moteur, parfois des deux mains, dans tous les cas également, sans exception, on parvient à faire disparaître, à la seconde, ce déficit musculaire.

Lorsque l'examen clinique a recherché et trouvé une cause possible de dysocclusion pathogène par la disparition de la sensibilité douloureuse provoquée grâce aux examens mis au point, de la même façon disparaît le déficit moteur des bras et des mains.

Ainsi, par exemple, si le bilan clinique laisse suspecter le rôle pathogène d'un obstacle "travaillant", ou "non travaillant" au niveau d'une des premières molaires droites, la responsabilité de ces obstacles se confirme par le test de la lamelle de papier. Placée entre ces premières molaires droites, elle fait disparaître immédiatement l'irritabilité oro-faciale et à distance, mais qui plus est, elle entraîne la récupération de la force motrice de la main gauche et du bras gauche.

Supposons qu'on se trouve devant une prématurité gauche, entre les deuxièmes molaires gauches (un contact prématuré entre ces deux molaires), autre cause de dysocclusion souvent responsable des migraines, il suffit alors de placer une lamelle de papier entre les deuxièmes molaires symétriques à droite, pour voir, là aussi, disparaître toute l'irritation neuro-musculaire, haute, oro-faciale, et à distance, chevilles, genoux, tandis que réapparaît la force musculaire de la main gauche et du bras gauche préalablement déficiente.

Si on se trouve devant un diastasis canin (écart entre deux canines), il suffit de combler l'espace intercanin par un nombre suffisant de lamelles de papier pour obtenir les mêmes résultats favorables que dans le cas précédent. Bref, autrefois, nous localisions le siège de la dysocclusion dentaire pathogène par l'étude de la sensibilité irritative au niveau de la région oro-faciale et à distance. Actuellement, nous disposons d'un deuxième test clinique, à savoir la perte de la motricité au niveau des membres supérieurs et surtout de la main gauche et du bras gauche. Ainsi nous recourons à ces deux modes d'exploration, qui se comportent d'une façon identique, perturbés ensemble de manière permanente, régularisés ensemble, par des tests précis, et c'est un atout considérable à la recherche de la cause de la dysocclusion dentaire et de sa localisation.

Importance thérapeutique du déficit moteur des membres supérieurs

Pour nous, avec 20 ans de recul et de progrès, la dysocclusion dentaire est le facteur pathogénique majeur de la migraine. La guérison du migraineux passe par la correction de la perturbation oclusale spécifique et cette notion, si elle n'a encore convaincu qu'une partie du corps médical, commence en fait à intéresser les chirurgiens-dentistes et particulièrement une faculté dentaire de pointe.

Cette notion de perturbations neuro-musculaires existant dans tous les cas de migraines, présente un atout thérapeutique nouveau, très important pour le chirurgien-dentiste. En effet, la correction de la dysocclusion sous-entend désormais non seulement la disparition des troubles de la sensibilité douloureuse provoquée, mais aussi la réapparition totale de la force musculaire déficiente. Le chirurgien-dentiste peut et doit tester l'efficacité de son traitement, non seulement en palpant les articulations temporo-maxillaires, les muscles masséters, temporaux, les nerfs supra-orbitaires, les chevilles, la cheville gauche et le genou gauche, mais également la région dorsale et la charnière dorso-lombaire. Il lui suffit le plus souvent de suivre l'évolution des anomalies les plus importantes. Il a des repères précis. Quand il meule une dent, il contrôle à chaque stade les effets de son traitement. Il n'intervient qu'aux endroits précis où son examen confirmant celui du médecin localise la zone pathogène. Au cours de son traitement, il fait des pauses pour vérifier les progrès neurologiques. Il arrête son traitement lorsque, neurologiquement, tout est rentré dans l'ordre.

Pour faire le point au cours des contrôles ultérieurs, les tests neurologiques et notamment la force musculaire au niveau des bras et des mains vont lui permettre de juger si son traitement dernier a été efficace, suffisamment ou non, de reconnaître si d'autres zones d'irritation ont pris le relais, après les corrections précédentes. Il peut être amené, notamment par l'étude de la force motrice de la main gauche et du bras gauche, éventuellement de la main droite et du bras droit, à réaliser de nouvelles corrections. Il pourra juger de l'efficacité de son traitement. Il pourra décider avec le médecin à quel moment la partie thérapeutique locale sera terminée, c'est-à-dire quand toutes les crises migraineuses auront disparu, que le bilan clinique ne montre plus aucune anomalie, qu'il n'y a plus besoin de médications anti-migraineuses.

Discussion

Que la migraine se soigne par la correction d'une anomalie oclusale dentaire spécifique, c'est une notion qui n'est pas encore acceptée facilement [1-4] et cela se comprend par l'ancienneté de l'adage bien ancré, à savoir qu'il n'y a pas de cause connue à la migraine et qu'il n'y a, par conséquent, pas de traitement curatif. L'existence de troubles neurologiques chez les migraineux s'imposera car c'est une réalité indiscutable que nous vérifions quotidiennement et dans toutes les formes de migraines.

Le fait qu'à la symptomatologie douloureuse provoquée s'associent des anomalies de la motricité et que celles-ci peuvent disparaître par des corrections, spécifiques, de l'occlusion dentaire, donne plus de poids au rôle de cette dysocclusion pour ne pas dire un poids énorme.

Laissons le temps au temps. Toute vérité n'est pas toujours bonne à dire, mais toute vérité finit par s'imposer.

Conclusion

La notion d'une déficience motrice des bras et des mains, essentiellement à gauche, est une acquisition qui paraît fondamentale. Elle est primordiale dans le combat qui doit conduire à la guérison de toute migraine.

Bibliographie

1. Brodie-Brockwell CG. *Migraine, the causes and treatment*. Bleved Printing Edit. Ottawa 2002:216 p.
2. Forselle H, Kirverskari P, Kangasniemi P. Changes in headache after treatment of mandibular dysfunction. *Cephalgia* 1985;5:229-236.
3. Jeanmonod A. *Occlusodontologie. Applications cliniques*. Cdp, Paris, Edit. 1965:358 p
4. Magnusson T, Carlson GE. Recurrent headaches in relation to temporomandibular pain-dysfunction *Acta Odontol Scand* 1978;36:333-338.
5. Thomas J, Fournier M, Thomas J, Rosati LP, Thomas E. *La migraine. Suite. Vivre sa guérison*. Les Heures de France Edit. Paris 2009 Sous Presse.
6. Thomas J, Tomb E. Premiers cas de migraines traitées à Vittel par rééquilibrage du système neuro-musculaire cervico-facial. Discussions pathogéniques. *Press Therm Climat* 1991;128:49-52.
7. Thomas J, Tomb E, Faure G, Bauer G. Faut-il modifier nos conceptions sur la pathogénie et le traitement des migraines ? *Press Therm Climat* 1991;128:53-58.
8. Thomas J, Tomb E, Faure G, Thomas E. Autre façon de concevoir la pathogénie et le traitement de la migraine. *Press Therm Climat* 1994;131:184-187.
9. Thomas J, Tomb E, Thomas E. *La migraine. La comprendre et la guérir définitivement*. Heures de France Edit. Paris 2006:135 p.
10. Thomas J, Thomas E. Migraine du droitier et migraine du gaucher. *Press Therm Climat* 2007;144:203-210.
11. Thomas J, Thomas E, Fournier M, Thomas J. Migraine : nocivité des extractions dentaires non compensées. *Press Therm Climat* 2008;145:245-256.
12. Tomb E, Thomas J, Thomas E, Robert C, Limoge A. Migraine. Clinical and biological observations. *Cephalgia* 1997;17:259.
13. Tomb E, Thomas J. Bilan des acquisitions sur la migraine à Vittel. *Press Therm Climat* 2002;139:147-164.