
LA MIGRAINE PAR PRÉMATURITÉ OCCLUSALE DENTAIRE

J THOMAS et E THOMAS

Vittel

Résumé

Depuis une quinzaine d'années, nous recherchons inlassablement les causes de la migraine et la dysocclusion dentaire, à nos yeux, joue un rôle majeur.

Celle-ci fait intervenir des anomalies diverses, prématurités, diastasis canin, obstacles "travaillants" et "non travaillants", appareils dentaires mal réglés, couronnes en céramique perturbant l'équilibre occlusal, etc...

En ce qui concerne les prématurités, c'est-à-dire la fermeture de la mâchoire plus précocement d'un côté par rapport à l'autre ; leur mise en évidence repose sur les données de l'interrogatoire, sur l'impression tactile et même parfois auditive d'une fermeture plus précoce d'un côté à l'épreuve de fermeture de la mâchoire, spontanée ou provoquée par le médecin, et par l'épreuve des papiers imbibés d'encre, très utilisés en dentisterie.

Cette année 2005 nous avons inscrit dans notre protocole d'examen une épreuve nouvelle, personnelle, que nous avons dénommée "épreuve des lamelles de papier". Cette épreuve s'est montrée très riche d'enseignement dans de nombreux cas en ce qui concerne la localisation d'une dysocclusion pathogène vis-à-vis de la migraine, et notamment en cas de prématurité.

Après avoir localisé le siège de la prématurité, entre 2 dents qui sont en contact prématuré, la mise en place d'une lamelle de papier de 3 à 4 millimètres de large, au besoin repliée 1 ou 2 fois à son extrémité (soit 2 ou 3 épaisseurs de lamelle de papier) entre les dents symétriques de l'autre côté de la prématurité, entraîne une disparition immédiate de la sensibilité douloureuse provoquée retrouvée à l'examen clinique non seulement dans la région oro-faciale, muscles de la face, nerfs supra et sous-orbitaires, articulations temporo-maxillaires, mais également à distance et tout particulièrement au niveau des pieds, de la région sous-malléolaire externe.

Si au moment de l'examen clinique, le sujet est en période de céphalée ou de migraine, la ou les lamelles de papier, laissées en place, font disparaître les céphalalgies en quelques minutes.

Il y a là un progrès nouveau très important dans la recherche des causes des migraines et dans l'orientation d'un traitement curatif et définitif de la maladie migraineuse.

La proportion des cas de prématurités dans la dysocclusion dentaire jouant un rôle pathogénique en fait de migraines semble se situer autour de 20%.

Abstract. Migraine due to premature dental contact.

Over the last fifteen years, we have extensively investigated the causes of migraine and we believe that dental malocclusion plays a major role via various abnormalities, including premature contact, incisor diastema, "working" and "not working" obstacles, poorly adjusted dental appliances, and ceramic crowns interfering with the occlusive balance, etc.

Premature contact, i.e. closure of the jaw more rapidly on one side compared to the other, can be demonstrated by clinical interview, and the tactile or even sometimes auditory impression of earlier closure of one side on the spontaneous or physician-induced jaw closure test, and by the ink-impregnated paper test, very widely used in dentistry.

In 2005, we have include a new, personal test in our examination protocol that we have called "paper strip test". This test provides considerable information in many cases concerning the site of pathogenic malocclusion responsible for migraine and especially in the case of premature contact.

After having identified the site of premature contact between 2 teeth, a strip of paper, 3 to 4 millimetres wide, folded once or twice, if necessary, (i.e. 2 or 3 layers of paper) is inserted between symmetrical teeth on the other side of the premature contact, inducing immediate relief of the induced painful sensitivity detected on clinical examination, not only in the orofacial region, facial muscles, infraorbital and supraorbital nerves, and temporomaxillary joints, but also further away, especially in the feet and lateral submalleolar region.

If the subject suffers from headache or migraine at the time of clinical examination, the paper strip left in place eliminate headache within several minutes.

This constitutes a major progress in the investigation of the causes of migraine and for the development of a permanent curative treatment of migraine.

The proportion of cases of premature contact in dental malocclusion playing a pathogenic role in migraine appears to be about 20%.

Depuis quinze ans, nous nous penchons sur la recherche des causes des migraines, et sur le traitement curatif définitif de cette affection.

Pour nous, désormais, les causes de la migraine sont les suivantes : un déficit magnétique, des anomalies occlusales dentaires, une mauvaise position de sommeil, des anomalies orthoptiques, des anomalies podologiques.

L'importance de ces diverses perturbations varie avec chaque cas de migraine, mais ce sont les anomalies occlusales dentaires qui endossent, le plus souvent, le maximum de responsabilité. Or, parmi ces anomalies qu'il faut rechercher systématiquement, dont il faut apporter la preuve de leur rôle pathogénique, nous retenons tout spécialement les prématurités, les diastasis canins, les obstacles "travaillants et non travaillants", les perturbations engendrées par des appareils dentaires mal équilibrés ou des couronnes en céramique rompant l'équilibre physiologique dentaire.... Nous nous attarderons plus spécialement ici sur les prématurités.

1 - Définition

On entend par prématurité la fermeture de la mâchoire plus précocement d'un côté que de l'autre.

2 - Reconnaissance d'une prématurité

La mise en évidence d'une prématurité occlusale dentaire relève de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

a) L'interrogatoire

Dans le protocole d'examen d'un migraineux, nous incluons dans l'interrogatoire, et de manière systématique, la recherche d'une prématurité et cet interrogatoire a un rôle souvent très important. Nous demandons systématiquement au migraineux s'il mange préférentiellement d'un côté plus que de l'autre. Il est souvent surpris par une telle question et s'il répond d'emblée qu'effectivement, il mâche plus d'un côté que de l'autre, cela évoque une prématurité de ce même côté, mais ce n'est qu'une présomption de prématurité. Il peut éviter de mâcher d'un côté non seulement s'il y a une anomalie mécanique, mais s'il y a une réaction inflammatoire, transitoire, de ce même côté. En fait, le migraineux, avant de répondre, est parfois obligé de réfléchir et la notion de prématurité peut n'apparaître qu'avec un certain recul.

b) L'examen clinique

C'est l'examen clinique qui apporte la preuve de la prématurité.

Dans un premier temps, on fait faire par le patient lui-même des mouvements d'ouverture et de fermeture de la mâchoire, et il constate lui-même que la fermeture est symétrique ou non, que les dents inférieures prennent contact, toutes en même temps, ou non, avec les dents supérieures. L'impression tactile d'une prématurité peut se doubler d'une impression auditive. Le bruit de fermeture est plus précoce et plus important du côté de la prématurité, mais cette recherche est plus précise si le mouvement de fermeture de la mâchoire est provoqué par le médecin lui-même ou par le dentiste. On enfourche le menton d'une main et on provoque des mouvements forcés d'abaissement et d'élévation de la mandibule jusqu'à l'obtention du contact entre les dents inférieures et les dents supérieures. La fermeture plus précoce d'un côté n'échappe plus au patient ni à l'examineur. Mais cette fermeture forcée peut s'avérer difficile initialement. Le patient se contracte, et ne parvient pas à fermer la mâchoire correctement, d'autant que pour arriver à la certitude de la prématurité, il faut renouveler la manœuvre un certain nombre de fois. Pour obtenir ce relâchement musculaire, on peut proposer au patient de faire lui-même les premiers mouvements d'élévation de la mandibule et quand il a compris la manœuvre, on enfourche ensuite le menton pour l'accompagner. Conscient de ce qu'on veut obtenir, le migraineux finit par se détendre suffisamment.

On confirme ainsi l'existence d'une prématurité en tenant compte de l'impression du patient, et souvent on arrive à suspecter approximativement le siège de cette prématurité, un contact limité le plus souvent à une seule dent ou plutôt à deux dents, l'une supérieure et l'autre inférieure, qui se rencontrent prématurément au moment de la fermeture de la mâchoire. On va chercher à confirmer son existence et son siège précis par l'épreuve "des papiers encrés".

c) L'épreuve des papiers encrés

Cette épreuve se fait avec le recours aux papiers imbibés d'encre bleue ou rouge, dits "papiers à articuler", très utilisés en dentisterie, et qu'on place latéralement, successivement d'un côté et de l'autre ou des deux côtés en même temps, à droite et à gauche. On

fait effectuer à nouveau des mouvements de fermeture et d'ouverture de la mâchoire (mouvements de la mandibule), puis on examine les empreintes colorées obtenues au niveau de la surface des dents en prématurité. Il s'agit le plus souvent de molaires.

Quand il y a prématurité, on constate avec plus ou moins d'évidence que la coloration est plus marquée sur la surface d'une dent (ou de deux dents symétriques et en contact, l'une supérieure et l'autre inférieure) que sur la surface des dents voisines. Au besoin, on reprend la manœuvre en faisant faire également à la mandibule des mouvements dents serrées en latéralité. On finit ainsi par localiser la dent qui est responsable de la prématurité.

3 - La mise en évidence du rôle pathogène de la prématurité

a) Les signes d'irritabilité neuro-musculaire chez les migraineux

Nous avons rapporté ailleurs [1-4] les résultats de l'examen clinique qui recherche une irritabilité neuromusculaire oro-faciale :

- au niveau des muscles scalènes, trapèzes, sternocléido-mastoïdiens, ptérygoïdiens médians, ptérygoïdiens latéraux, temporaux, et pour ces derniers, faisceau antérieur, faisceau postérieur et zones d'insertion des fibres musculaires supérieures en un point très particulier, très précis, qu'il faut prendre l'habitude d'explorer, et cette zone correspond à ce que nous appelons le point pariéto-temporal ;
- au niveau de l'émergence des branches externes et internes des nerfs supra-orbitaires et des nerfs sous-orbitaires ;
- au niveau des articulations temporo-maxillaires.

Mais, en fait, l'examen retrouve très souvent, sinon de façon constante, une sensibilité douloureuse provoquée à distance de la zone oro-faciale

- de la région sus et para-ombilicale droite et/ou gauche (c'est d'ailleurs assez inconstant), de la région sous-malléolaire droite et gauche, retrouvée pratiquement chez tous les migraineux et cette sensibilité est alors particulièrement impressionnante par son intensité plus marquée en général du côté gauche,
- de la face postéro-interne des genoux,
- de la colonne dorsale au niveau de D8-D9 et de D4-D5 et pratiquement chez tous les migraineux, cette localisation est plus marquée à droite qu'à gauche,
- de la colonne cervicale, surtout au niveau de C4-C5, mais dans certains cas sur toute sa hauteur et, à ce niveau, comme au niveau de la région dorsale, la sensibilité douloureuse provoquée est plus marquée à droite qu'à gauche.

Les zones d'irritation douloureuse provoquée sont variables selon les cas, mais pratiquement toujours, l'examen retrouve une sensibilité douloureuse provoquée d'un ou des deux trapèzes, d'un ou des deux points temporo-pariétaux, d'une ou des deux branches externes et internes d'un ou des deux nerfs supra-orbitaires, d'un ou des deux sous-orbitaires, des deux articulations temporo-maxillaires, d'une ou des deux régions sous-malléolaires externes.

C'est l'ensemble des zones d'irritation retrouvées à l'examen du migraineux qui va servir de repère lors de l'épreuve des lames de papiers.

b) - La disparition de cette irritabilité douloureuse provoquée par l'épreuve des lamelles de papiers

C'est un test que nous avons mis au point durant l'été 2005.

Ayant constaté qu'il y avait, chez les migraineux, une prématurité d'un côté, nous avons cherché à rétablir l'équilibre dentaire en plaçant une lamelle de papier entre les dents symétriques de l'autre côté. Par exemple, lorsqu'il y a contact prématuré entre la 35 et la 25 (deuxièmes prémolaires supérieure et inférieure gauche), on place une lamelle de papier entre la 15 et la 45 (deuxièmes prémolaires supérieure et inférieure droite). Il s'agit tout simplement d'une lamelle de papier découpée à partir d'un papier d'ordonnance, de faible largeur, 3 ou 4 mm au maximum. La lamelle de papier en place, on vérifie les effets sur les zones de sensibilité provoquée de la région oro-faciale et également à distance, tout particulièrement au niveau de la zone sous-malléolaire externe.

La sensibilité douloureuse provoquée peut disparaître immédiatement, dès que la lamelle de papier est placée entre les dents symétriques du côté opposé aux dents en prématurité. Sinon, on replie l'extrémité de la lamelle sur 2 ou 3 centimètres, pour réaliser une lamelle de double épaisseur, exceptionnellement 3 épaisseurs. Dans tous les cas, on parvient à faire disparaître presque toujours en totalité la sensibilité douloureuse provoquée constatée dans la région oro-faciale et, ce qui nous a surpris davantage, c'est la disparition de l'irritabilité à distance et notamment au niveau de la région sous-malléolaire. "C'est de la magie" dit le migraineux.

c) Disparition de la migraine ou de la céphalée quand elle existe au moment de l'examen

C'est le point sur le i, la cerise sur le gâteau. En effet, certains sujets ont pu être examinés alors qu'à l'arrivée, ils accusaient des maux de tête ou qu'ils étaient en début d'accès migraineux.

Or, nous avons pu constater dans tous ces cas que, lorsqu'il y a prématurité, la lamelle de papier placée entre les dents, (ou double ou triple épaisseur) selon le protocole précédemment rapporté, la céphalée disparaissait dans un délai variable de 2, 3, 5, ou 10 minutes.

De tels résultats nous confortent d'emblée sur l'importance pathogénique de la prématurité vis-à-vis de la migraine et nous donnent immédiatement, au médecin, comme au patient, l'espoir d'un traitement curatif qui va s'imposer, et la façon de prévoir ce traitement.

4. Fréquence de la prématurité occlusale chez les migraineux

Sur les 70 migraineux examinés avec le protocole que nous avons évoqué, nous avons relevé 13 cas de prématurité, soit 18,57 %.

Il est encore difficile de se prononcer sur la fréquence exacte de la prématurité dans la pathogénie occlusale de la migraine : une cohorte plus importante s'impose. A priori, cette fréquence se situera autour de 20 % et il semble qu'elle sera sensiblement identique à celle du diastasis canin où l'épreuve des lamelles de papier nous rend les mêmes services.

Jusqu'à présent, nous avons tendance à attribuer aux obstacles "travaillants" et "non travaillants" et aux obstacles antéro-postérieurs de la mandibule, la part majeure de la responsabilité de la dysocclusion dentaire dans la genèse des migraines. Ces obstacles travaillants et non travaillants perturbent la phase initiale et terminale des mouvements mandibulaires et leur rôle pathogène n'est pas remis en cause, mais les tests des lamelles de papier nous ont offert une technique d'exploration plus précise, plus sélective qu'au-paravant et nous ont montré qu'une prématurité, quand elle existe, est à traiter en premier : c'est une cause de dysfonctionnement mandibulaire très localisée, sûrement d'un traitement correctif plus facile que bien d'autres anomalies occlusales ayant un rôle pathogène dans la migraine.

Nous ne devons pas oublier non plus que la prématurité peut s'associer à d'autres anomalies occlusales, mises en évidence éventuellement dès le premier examen et qui seront à reprendre secondairement si la correction de la prématurité n'a pas donné une amélioration clinique suffisante.

Conclusion

Nous arrivons à cette conclusion que, si la dysocclusion dentaire joue un rôle très important dans la pathogénie de la migraine, ce n'est pas la dysocclusion de n'importe qui et de n'importe quoi. Ce n'est pas une dysocclusion morphologique, mais une dysocclusion dynamique.

Si le traitement de la migraine est très souvent et d'abord un traitement de la dysocclusion, il n'est pas celui de la dysocclusion courante, mais celui de la dysocclusion très spécifique des migraineux. On peut avoir une dysocclusion extraordinaire sans migraine. Le migraineux, par contre, peut souffrir d'une dysocclusion minime, pratiquement inapparente et totalement méconnue et négligée. On est ébahi quand on constate dans certains cas qu'une ridicule lamelle de papier de 3 à 4 mm de large, bien placée, peut faire disparaître toute une symptomatologie irritative, qui va de la sphère oro-faciale à la colonne dorsale, aux genoux et aux chevilles, et qui peut stopper une migraine déjà installée. Il faut croire à cette dysocclusion, savoir la repérer et la traiter. Cela, c'est la migraine et ses secrets.

Bibliographie

- 1 - Thomas J, Faure G. Premiers cas de migraines traitées à Vittel par rééquilibrage du système oro-facial. Discussions pathogéniques. *Press Therm Climat* 1991;128:49-52.
- 2 - 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.
- 3 - Thomas J, Tomb E, Thomas E. Bilan des acquisitions sur la migraine à Vittel. *Press Therm Climat* 2002;139:147-164.
- 4 - Tomb E, Thomas J, Thomas E, Robert C, Limoge A. Migraine : clinical and biological observations. *Cephalalgia* 1997;17:259.