

---

---

## LA MIGRAINE VUE AUTREMENT

---

---

**Jean THOMAS<sup>1</sup>, Louis-Pierre ROSATI<sup>2</sup>, Martial FOURNIER<sup>3</sup>,  
Julien THOMAS<sup>3</sup>, Patrick DETRUIT<sup>3</sup>**

### Résumé

L'examen clinique d'un migraineux est riche d'enseignement. Il permet de préciser la ou les causes de la migraine qui sont essentiellement en rapport avec l'existence d'une dysocclusion dentaire.

Les auteurs rapportent une étude portant sur leurs 400 derniers cas de migraines. Ils étudient particulièrement la sensibilité douloureuse provoquée à l'examen clinique, en divers points, dans la région cervico-faciale ou à distance. Cette sensibilité douloureuse provoquée est appréciée par le recours à une échelle d'évaluation analogique EVA graduée de 1 à 10.

Cette étude montre surtout que pratiquement dans tous les cas où l'on retrouve cette sensibilité douloureuse provoquée, à quelque niveau que ce soit, celle-ci disparaît pratiquement en totalité par la correction des anomalies occlusales dentaires.

*Mots-clés : migraine, dysocclusion*

### Abstract

The authors report a study based on their most recent 400 cases of migraine. In particular, the studied the tenderness detected on systematic clinical examination of the migraine patients. The observed abnormal tenderness in every case of migraine involving many sites, such as the neck and oral cavity, but also the lower limbs. They used an ergonomic visual analogue scale (VAS), scored from 0 to 10, to assess the intensity of tenderness in various parts of the body. Marked tenderness was particularly observed in the temporo-mandibular joints, trapezius and lateral pterigoid muscles, supraorbital nerves and the lateral inframalleolar region, which was the most painful zone in every case. They also studied a fair lay unusual site, the atlas, as tenderness of the atlas can indicate the site of the dental malocclusion responsible for migraine. In every case, comparative study of tenderness, particularly at the sites reported here, demonstrate considerable difference in the intensity of tenderness on clinical examination before and after correction of the dental malocclusion, studied by the appropriate clinical test. The results reported here indicate the need for a very different approach to the curative treatment of migraine.

*Key-words : migraine, dental malocclusion*

### Introduction

Depuis 20 ans et plus, nous recherchons méthodiquement les causes de la migraine. Nous avons fait paraître 2 livres, l'un en 2006, l'autre en 2011, où nous avons montré

---

<sup>1</sup>Attaché consultant à l'hôpital Cohin, Paris. Courriel : drthomas.jean@wanadoo.fr

<sup>2</sup>Attaché consultant à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, Paris

<sup>3</sup>Chirurgien-Dentiste

que le traitement de la migraine relève avant tout, et en premier, d'une dysocclusion, d'une malocclusion dentaire.

Notre intention ici est de revenir sur la sensibilité douloureuse provoquée des migraineux, mise en évidence par un examen clinique méthodique. Pour cela, nous avons repris nos 400 derniers dossiers de migraineux. Nous avons apprécié, pour chaque cas, la sensibilité douloureuse à la pression locale, en recourant à une échelle d'évaluation analogique, EVA, graduée de 0 à 10.

Nous avons ainsi évalué la sensibilité douloureuse à la pression à des niveaux différents

- *dans la région cervico-faciale*
  - muscles scalènes, muscles sterno-cléido-mastoïdiens, muscles ptéridgiens médians et latéraux, trapèzes, muscles temporaux,
  - nerfs supra-orbitaires, branches externes aisément repérées au niveau du foramen supra-orbitaire, branches internes palpées à l'angle supéro-interne de la cavité orbitaire, au niveau de l'incisure frontale,
  - nerfs sous-orbitaires, palpés à la partie médiane de la cavité sous-orbitaire,
  - articulation temporo-maxillaire, à droite comme à gauche,
- *à distance*
  - surtout au niveau de la région sous-malléolaire externe gauche et au niveau de la partie postéro-interne du genou gauche.

Nous avons testé également la sensibilité de la colonne vertébrale,

- surtout au niveau de la charnière dorso-lombaire et notamment à droite,
- au niveau de la colonne dorsale, sensiblement au niveau de D4-D5, à droite surtout,
- au niveau de la colonne cervicale, à la hauteur de C4-C5, surtout à droite,
- et enfin au niveau de l'atlas et nous y reviendrons.

Nous avons fait un choix des zones douloureuses qui nous paraissent les plus spécifiques, à savoir, l'articulation temporo-maxillaire, les muscles trapèzes, les muscles ptéridgiens latéraux, les nerfs supra-orbitaires, la région sous-malléolaire externe gauche, l'atlas.

## **1. Sensibilité douloureuse constatée à l'examen de l'articulation temporo-maxillaire**

Nous avons testé cette sensibilité à partir de 400 de nos observations de migraines.

L'évaluation de la sensibilité douloureuse a été appréciée en recourant à une échelle analogique EVA, allant de 0 à 10.

Cela a permis de constater que la sensibilité douloureuse provoquée à la pression de l'articulation temporo-maxillaire est totalement différente chez le migraineux, selon qu'elle est appréciée avant la correction de la dysocclusion dentaire ou après la correction de celle-ci.

- Avant la correction occlusale, la sensibilité douloureuse provoquée à l'examen clinique de l'articulation-temporo-maxillaire a été trouvée à 9,09,  $\sigma=1,18$ .
- Après la correction, elle est à 0,25,  $\sigma=0,50$ .

## **2. Sensibilité douloureuse provoquée des trapèzes**

Elle est appréciée là aussi avec une échelle d'évaluation analogique EVA allant de 0 à 10.

Elle a été reprise également pour les 400 dernières observations de migraines.

- La moyenne sensibilité douloureuse provoquée des trapèzes, avant correction occlusale dentaire est trouvée à 7,02,  $\sigma=2,545$ .

- Après correction occlusale dentaire, elle est de 0,8,  $\sigma=0,88$ .

## **3. Sensibilité douloureuse provoquée des muscles ptéridgiens latéraux**

L'évaluation se fait là aussi en utilisant une échelle d'évaluation analogique EVA, allant de 0 à 10. Elle a été réalisée sur nos 400 derniers cas de migraines.

On trouve là encore une très grande différence entre les valeurs de la sensibilité douloureuse provoquée, avant et après correction de la dysocclusion dentaire.

- Avant correction, la sensibilité douloureuse provoquée est en moyenne de 7,75,  $\sigma=1,63$

- Après correction occlusale dentaire, elle est de 0,725,  $\sigma=0,85$ .

## **4. Sensibilité douloureuse provoquée des nerfs supra-orbitaires**

L'évaluation se fait là aussi avant correction de la cause de la dysocclusion dentaire, et après correction de celle-ci. Elle se fait toujours par l'intermédiaire d'une échelle ergonomique, EVA, allant de 0 à 10.

On retrouve toujours une très grande différence entre les valeurs trouvées au moment de l'examen clinique, et celles constatées après correction de la dysocclusion dentaire.

- La valeur moyenne de la sensibilité douloureuse provoquée des branches externes des nerfs supra-orbitaires est avant la correction de la dysocclusion de 6,65,  $\sigma=1,25$ .

- La valeur moyenne, après correction, est de 0,825,  $\sigma=0,91$ .

## **5. Sensibilité douloureuse provoquée au niveau de la région sous-malléolaire externe gauche**

C'est en règle la zone douloureuse la plus sensible constatée à l'examen clinique.

L'évaluation de la sensibilité douloureuse provoquée est fournie là aussi, par le recours à une échelle d'évaluation ergonomique EVA, allant de 1 à 10.

- La valeur moyenne de la sensibilité douloureuse provoquée a été trouvée à 8,25, avant correction occlusale dentaire,  $\sigma=1$ .

- Après correction occlusale dentaire, la moyenne passe à 0,625,  $\sigma=0,79$ .

## 6. Sensibilité douloureuse provoquée au niveau de l'atlas

L'atlas, première vertèbre cervicale, est repéré au dessus et en arrière de l'angle postéro-inférieur de la mandibule, sous forme d'une saillie arrondie, de consistance osseuse. La pression réveille localement une sensibilité douloureuse, souvent bilatérale.

L'intérêt de son examen attentif est que, si la sensibilité douloureuse à l'examen clinique de l'atlas est unilatérale ou à dominante unilatérale, on a bien des chances de localiser du même côté, le siège de la dysocclusion dentaire responsable.

Ici également, la sensibilité douloureuse provoquée est évaluée par le recours à une échelle d'évaluation analogique EVA graduée de 0 à 10.

- Avant la correction de la dysocclusion dentaire, par les tests cliniques dont nous disposons, la valeur moyenne de la sensibilité douloureuse provoquée a été trouvée à 7,85,  $\sigma=1,29$ .

- Après correction de la dysocclusion dentaire, la valeur moyenne de la sensibilité douloureuse provoquée a été trouvée à 1,25,  $\sigma=1,06$ .

## Discussion

L'examen clinique tel que nous le pratiquons, nous permet, chez les migraineux, de vérifier la sensibilité douloureuse à divers niveaux du corps, mais également de vérifier que cette sensibilité douloureuse provoquée est susceptible de disparaître, quasi instantanément, lorsque, en ayant trouvé la cause, on peut la faire disparaître, pratiquement en totalité, grâce aux tests cliniques dont nous disposons. Nos patients eux-mêmes sont les premiers intéressés par les résultats cliniques qu'ils constatent et peuvent entrevoir l'amélioration de leurs accès migraineux, et si possible, leur totale guérison.

Traiter la migraine c'est d'abord montrer que l'examen clinique apporte la preuve d'une sensibilité douloureuse provoquée anormale, c'est arriver à la conclusion que la guérison passe par la correction de cette dysocclusion.

Celle-ci relève essentiellement

- d'extractions dentaires avec vide dentaire non compensé,
- d'une sous-occlusion dentaire,
- d'obstacles dentaires dits "travaillants" ou "non travaillants",
- de prématurité, contacts dentaires plus précoces d'un côté que de l'autre,
- diastasis canin, c'est-à-dire d'un défaut de contact ou d'un écart anormal entre les canines, ces diverses causes pouvant s'intriquer à divers niveaux.

## Bibliographie

Nous avons intentionnellement limité la bibliographie à la littérature consacrée au seul problème de la dysocclusion dentaire responsable des migraines.

1. Brodie-Brockwell C.G. *The myofacial syndrome. Its causes and treatment*. Bleved printing Edit, Ottawa, 2002, 1997:62p.

2. Forssell H, Kirverskari P, Kanasiemti P. Changes in headache after treatment mandibular dysfunction. *Cephalgia* 1985,5:229-236.
3. Fournier M, Thomas Julien, Thomas Jean. Dysocclusion dentaire et migraine. *Le fil dentaire* 2007,21:10-12.
4. Jeanmonot A. *Occluso-dontologie. Applications cliniques*. Cdp, Paris 1988:350 p.
5. Magnuson T, Carlson G.E. Recurrent headache in relation to temporo-mandibular pain dysfunction. *Acta odontol Scand* 1978,36:333-338.
6. Rosati .P, Thomas J. Fibromyalgie. Importance de la dysocclusion dentaire et des anomalies podologiques. *Revue de médecine naturelle. Ostéopathie* 2007,21:17-21.
7. Telft-Hansen P, Louis I, Oleson J. Prevalence and significance of muscular tenderness during common migraine attacks. *Headache* 1981,16:49-54.
8. Thomas J. Pied et colonne vertébrale. Bilan de leurs relations par une manœuvre simple au cabinet médical. 12<sup>ème</sup> Congrès Français de Rhumatologie. Paris 1999. *Revue du Rhumatisme* 1999,66:742.
9. Thomas J, Thomas E. Relèvement de la voûte plantaire interne et rhumatologie. *Cinésiologie* 2002,202:41-46.
10. Thomas J, Guibaud D, Thomas E. Jeu de cales podologiques. *Cinésiologie* 2006,225:14-16.
11. Thomas J, Thomas E, Tomb E, Faure G. Migraine. Erthrocyte hypomagnemia and painful tension of some cervical muscles in migraine. Curative treatment of migraine. *Magnesium research* 1993,6:310.
12. Tomb E, Thomas J, Thomas E, Robert, Limoge A. Migraine : clinical and biological observations. *Cephalgia* 1987,77:259.
13. Headache Society. Classification and diagnostic criteria of headache disorders, cranio-facial neuralgias and facial pain. 1998,8:10-13.

