

---

---

## MIGRAINES : NOCIVITÉ DES EXTRACTIONS DENTAIRES NON COMPENSÉES

---

---

**J THOMAS<sup>1</sup>, E THOMAS<sup>1</sup>, M FOURNIER<sup>2</sup>, Julien THOMAS<sup>2</sup>, LP  
ROSATI<sup>3</sup>**

### Résumé

Les auteurs se penchent, depuis 17 ans, sur l'explication pathogénique de la migraine et, par voie de conséquence, sur ses incidences thérapeutiques. Ils sont arrivés à la conclusion que la dysocclusion dentaire est la cause majeure de la maladie migraineuse.

Ils ont exposé leur conception pathogénique et thérapeutique dans un livre paru en 2006. Ils insistent ici sur le rôle possible d'extractions de dents sans compensation de l'espace interdentaire laissé libre, avec des répercussions secondaires sur l'équilibre occlusal.

Ils rappellent leur protocole d'examen clinique du migraineux, ayant pour but la mise en évidence d'une sensibilité anormale de certains muscles et nerfs faciaux, des articulations temporo-maxillaires, et, à distance, de la région sous-malléolaire externe gauche, de la face postéro-interne du genou gauche et enfin de deux zones capitales, le tubercule antérieur du processus transverse de l'atlas, à droite et à gauche, et la charnière dorso-lombaire droite.

Reprenant 100 dossiers de migraineux vus ou revus récemment, les auteurs constatent qu'ils retrouvent une extraction dentaire précédant les manifestations cliniques migraineuses dans environ 20 % des cas. Ils notent que, si l'extraction dentaire non compensée porte sur une seule dent (10 cas), la migraine est le plus souvent unilatérale, du côté de l'extraction dentaire. Les anomalies occlusales sont alors faciles à mettre en évidence, notamment par le test aux papiers encrés et l'épreuve des lamelles de papier simple placées au niveau des dents suspectes : ce test provoque la disparition immédiate de l'irritabilité constatée à l'examen clinique.

Quand l'extraction dentaire non compensée porte sur deux dents, soit voisines l'une de l'autre (5 cas), soit espacées, l'une à droite, l'autre à gauche (4 cas), la migraine est souvent bilatérale, mais le siège de la dysocclusion se situe majoritairement sur les dents voisines de la ou des dents extraites. La localisation des zones d'irritation est grandement aidée par la sensibilité douloureuse très fréquemment retrouvée, à droite et à gauche, ou d'un côté seulement, au niveau du tubercule antérieur du processus transverse de l'atlas : dans ces cas, l'irritation correspond toujours à des obstacles occlusaux localisés sur les dernières dents, c'est-à-dire au niveau des molaires et en général du côté où le tubercule antérieur du processus transverse de l'atlas est sensible.

De toute façon, la mise en évidence d'un espace dentaire secondaire à l'extraction d'une ou plusieurs dents doit retenir l'attention du médecin et des dentistes.

Le traitement correcteur doit s'évertuer à faire disparaître l'irritation clinique constatée au niveau de la sphère oro-faciale, muscles et nerfs faciaux, articulations temporo-maxillaires, atlas, et à distance, cheville gauche, face postéro-interne du genou gauche, charnière dorso-lombaire droite.

<sup>1</sup> Médecin thermal, 20 avenue du Casino, 88800 Vittel

<sup>2</sup> Chirurgien-Dentiste

<sup>3</sup> Service de Médecine physique (Dr JY Maigne) Hôtel-Dieu, 75004 Paris

Il repose sur le meulage des obstacles, sur la pose d'un plan de morsure, faux palais portant deux ergots qui viennent se placer derrière les canines supérieures et annihilent l'irritation des obstacles occlusaux en écartant très légèrement les arcades dentaires.

Ce traitement doit se faire après repérage des obstacles grâce au test des papiers encrés, et sous contrôles cliniques au cours des séances de meulage, pour vérifier la disparition de la symptomatologie irritative.

Les résultats sur les migraines ne sont pas toujours immédiats. Les corrections sont alors renouvelées jusqu'à ce que les accès migraineux s'atténuent, en fréquence et en intensité, pour finalement disparaître.

Ce traitement occlusal ne doit pas faire négliger d'autres facteurs pathogéniques jouant un rôle plus secondaire : anomalies de la position de sommeil, anomalies podologiques et orthoptiques, et, du point de vue biologique, un déficit magnésique constant [8].

Un adjuvant thérapeutique peut compléter et pérenniser les résultats, la cure thermale qui a fait ses preuves à Vittel par de nombreuses observations cliniques et par d'importants travaux biologiques.

*Mots clés : Migraines, Dysocclusion dentaire, Crénothérapie, Vittel.*

## **Abstract**

### **Migraine : harmful effect of uncompensated dental extraction**

The authors have been investigating the pathogenesis of migraine and its therapeutic implications for the last 17 years. They have reached the conclusion that dental malocclusion is the major cause of migraine.

They presented their vision of the pathogenesis and treatment of migraine in a book published in 2006. In this article, they emphasize the possible role of dental extraction without compensation of the empty interdental space, which can have secondary repercussions on occlusal equilibrium.

They describe their clinical examination protocol of migraine patients, which is designed to demonstrate abnormal tenderness of certain muscles and facial nerves, temporo-mandibular joints, and, further afield, in the left lateral supra-malleolar region, postero-medial aspect of the left knee and finally, two capital zones, the left and right anterior tubercles of the transverse process of the atlas and the right thoraco-lumbar junction.

In a series of 100 recently seen or recently reviewed migraine patients, about 20 % of cases reported dental extraction prior to onset of the clinical features of migraine. The authors noted that when uncompensated dental extraction concerned only one tooth (10 cases), migraine was usually unilateral, on the side of dental extraction. Occlusal abnormalities are then easy to demonstrate, especially by using dental articulating paper and the test of simple sheets of paper placed on suspicious teeth : this test induces immediate resolution of any irritability detected on clinical examination.

When uncompensated dental extraction concerned two teeth, either adjacent to each other (5 cases), or separated, one on the right and one on the left (4 cases), migraine was usually bilateral, but the site of malocclusion was predominantly situated on the teeth adjacent to the tooth or teeth extracted. Identification of irritation zones is greatly facilitated by the tenderness very frequently detected on the right and left sides, or on only anterior tubercle of the transverse process of the atlas : in these cases, irritation always corresponds to occlusal obstacles located on the hind teeth, i.e. molars and generally on the side of the tender anterior tubercle of the atlas. In any event, physicians and dentists must pay particular attention whenever they observe a dental space secondary to extraction of one or several teeth.

Corrective treatment must strive to eliminate the clinical irritation observed in the oro-facial zone, muscles and facial nerves, temporo-mandibular joints, atlas and, further afield, in the left ankle, postero-medial surface aspect of the left knee, and right thoraco-lumbar junction and is based on grinding of malocclusive surfaces, insertion of a bite plane, a false palate with two processes that slide behind the upper canines and eliminate the irritation due to the occlusive obstacle by very slightly separating the dental arches.

This treatment must be performed after identifying occlusive obstacles by the articulating paper test, and by clinical testing during grinding sessions to verify resolution of the irritating symptoms. The results on migraine are not always immediate, in which case corrections are repeated until the frequency and severity of migraine decrease and the migraines finally disappear.

This occlusal treatment must not neglect other pathogenic factors playing a more secondary role : abnormal sleep position, podological and orthoptic abnormalities, and, in terms of laboratory parameters, constant magnesium deficiency.

An adjuvant treatment can complete and maintain the results obtained : thermal spa therapy, which has been demonstrated to be effective in Vittel by a large number of clinical cases and laboratory studies.

*Key words : Migraine, Dental malocclusion, Crenotherapy, Vittel.*

## Introduction

Depuis 1992, nous avons entrepris à Vittel, avec tous les membres du Centre européen d'études et de traitement des migraines et céphalées (CEETMC), un long travail sur les migraines, avec comme but essentiel, la mise en évidence de causes spécifiques à cette maladie, considérée encore, pour la presque totalité du corps médical, comme "essentielle" et condamnant, de ce fait, la migraineuse ou le migraineux, à accepter, et toute sa vie, le renouvellement de ses ennuis. Pour nous maintenant, la migraine relève essentiellement de problèmes occlusaux dentaires [10] et nous l'avons montré dans un livre paru en 2006 [8], intitulé *La migraine, la comprendre, la guérir définitivement*, préfacé par le Professeur Christian Cabrol.

D'autres facteurs peuvent intervenir dans la pathogénie de la migraine, avec un rôle variable à préciser par l'examen clinique, une anomalie de position de sommeil, sur le ventre en particulier, une anomalie podologique, facilement reconnaissable par le recours aux cales podologiques [5], une anomalie orthoptique, une anomalie biologique, à savoir un déficit magnésique se traduisant surtout par une baisse du magnésium érythrocytaire, associée à une hypo ou une hypermagnésurie.

Notre intention, dans ce travail, est de revenir sur le chapitre capital qu'est la dysocclusion dentaire, et tout particulièrement sur le rôle que peut jouer une ou plusieurs extractions dentaires non compensées c'est-à-dire sans comblement de l'espace dentaire.

Nous envisagerons successivement le repérage de l'extraction dentaire non compensée, le temps écoulé entre l'extraction dentaire et l'apparition des premiers accès migraineux, la mise en évidence de la dysocclusion dentaire responsable, les particularités de celle-ci selon que l'extraction dentaire non compensée a porté sur une ou plusieurs dents, les possibilités d'un traitement correctif efficace.

## **1. Repérage de l'extraction dentaire non compensée**

Une telle éventualité ne retient pas obligatoirement l'attention, surtout si l'extraction porte sur les dents postérieures. Elle peut n'être remarquée qu'au cours de l'examen endobuccal systématique. L'extraction peut même passer inaperçue au cours de l'examen s'il s'est écoulé un temps suffisant pour que les dents voisines de la dent extraite se soient beaucoup rapprochées, comblant ainsi l'espace libre presque en totalité.

Il faut apprendre à rechercher une telle éventualité, à reconnaître, de chaque côté, en haut et en bas, successivement, les deux incisives, puis la canine, puis les deux prémolaires, puis les trois molaires (la troisième est la dent de sagesse). C'est parfois seulement au cours des explorations en vue de détecter le siège de la dysocclusion responsable que l'on s'aperçoit qu'une dent a disparu.

L'extraction dentaire non compensée peut être unique. Il peut y avoir eu deux, voire plusieurs extractions dentaires non compensées, avec, pour chacune d'elles un espace libre plus ou moins important. Nous ne retenons pas ici le cas des dents postérieures extraites en totalité. Nous ne retenons que les cas où il y a une zone édentée, un espace libre entre deux dents.

Au total, pour ce travail, nous avons décidé de reprendre 100 dossiers de migraineux, vus ou revus récemment. Pour ces 100 dossiers, nous avons retrouvé 21 cas d'extraction dentaire non compensée, l'extraction ayant porté sur une ou plusieurs dents. Si cet effectif peut être considéré comme représentatif de l'ensemble des migraineux, cela correspondrait à une proportion d'environ 20 %.

## **2. Date de l'extraction dentaire par rapport aux premières manifestations migraineuses**

Il convient, lorsque l'on constate une telle extraction dentaire non compensée, de préciser à quelle date a été réalisée cette extraction, avant ou après l'apparition des premières réactions migraineuses. La mémoire du patient est souvent déficiente sur ce point précis. La réponse dans certains cas n'est fournie avec certitude qu'au cours d'une deuxième consultation, après réflexion du patient. L'extraction, avant les premières manifestations migraineuses, est évidemment un argument plaidant pour la responsabilité partielle ou entière des migraines. Un temps court entre l'extraction dentaire et la survenue des premières manifestations migraineuses plaide pour une relation entre l'extraction et la survenue des accès migraineux. Par contre, si le temps est long, la migraineuse ou le migraineux, ainsi que le médecin ou le dentiste, sont peu enclins à envisager la responsabilité de l'extraction dentaire. Ce sont les données de l'examen clinique qui emporteront la conviction.

## **3. Mise en évidence de la dysocclusion dentaire des migraineux**

Elle relève du seul examen clinique et celui-ci est long et méticuleux. Le protocole de cet examen a été rapporté, en détail, dans notre livre de 2006 et dans un article de 2002 de la *Presse thermale et Climatique* [10] ; nous l'avons adopté également dans l'examen clinique des fibromyalgiques, très souvent migraineux [4].

On commence par rechercher une sensibilité douloureuse provoquée anormale, d'une part, à divers endroits de la région cervico-faciale :

- au niveau de certains muscles, scalènes, sterno-cléïdo-mastoïdiens, trapèzes, ptérygoïdiens médians, temporaux, masséters, ptérygoïdiens latéraux ;
- au niveau de l'émergence crânienne des nerfs supra-orbitaires, branches externe et interne, des nerfs sous-orbitaires ;
- au niveau des articulations temporo-maxillaires ;

puis, d'autre part, à distance de la région cervico-faciale : à divers endroits des régions sus et para-ombilicales, sous-malléolaires externes, surtout gauche, et au niveau des genoux, surtout gauche (genou droit chez les gauchers) [6].

Depuis la parution de notre livre, nous avons constaté l'existence fréquente d'une sensibilité douloureuse provoquée, de première importance, au niveau de l'atlas et au niveau de la charnière thoraco-lombaire droite. Nous les avons inscrites dans notre protocole d'examen clinique.

La sensibilité douloureuse provoquée au niveau de l'atlas est facilement mise en évidence par la pression dans la zone rétromandibulaire, le palper individualisant nettement une saillie osseuse arrondie, correspondant au tubercule antérieur du processus transverse de l'atlas, lequel est beaucoup plus marqué que pour toutes les autres vertèbres cervicales.

Notre expérience nous a montré que cette sensibilité douloureuse au niveau de l'atlas correspond toujours à des obstacles postérieurs, situés sur les molaires, les 16 - 17 - 18, les 26 - 27 - 28, les 36 - 37 - 38 ou les 46 - 47 - 48. C'est là qu'il faut aller les repérer grâce aux papiers encrés et préciser ceux qui endossent la responsabilité de l'irritation occlusale, grâce au test des lamelles de papier ordinaire, placées au bon endroit, entre deux molaires opposées, et qui font disparaître immédiatement la sensibilité provoquée de l'atlas du même côté, voire des deux côtés, en même temps que disparaît toute la sensibilité de la sphère oro-faciale et celle retrouvée au niveau des chevilles et des genoux.

La douleur provoquée de la partie basse de la charnière thoraco-lombaire droite se situe sensiblement au niveau des articulations costo-vertébrales, sur une hauteur de deux à trois vertèbres (D10 - D11 - D12), avec une fréquence qui nous semble, dès à présent, se situer autour de 50 à 60 % des cas de l'ensemble des migraineux. Cette sensibilité douloureuse thoraco-lombaire droite correspond à des problèmes d'occlusion dentaire aussi bien au niveau des prémolaires qu'au niveau des molaires. Quand l'examen repère cette sensibilité douloureuse thoraco-lombaire droite, et que, par contre, il n'y a pas de sensibilité au niveau des atlas, le test aux papiers encrés montre en général des obstacles occlusaux au niveau des prémolaires. Une lamelle de papier simple, placée judicieusement, fait disparaître cette sensibilité thoraco-lombaire. Quand cette douleur thoraco-lombaire coexiste avec une sensibilité douloureuse provoquée au niveau du nodule antérieur du processus transverse de l'atlas, les lamelles de papier, bien placées au niveau des molaires responsables, font disparaître à la fois la douleur provoquée de l'atlas et la douleur provoquée de la charnière dorso-lombaire.

La sensibilité douloureuse provoquée au niveau de la région thoraco-lombaire droite, mais plus encore celle au niveau de l'atlas, nous paraît d'un intérêt capital en raison de sa valeur localisatrice vis-à-vis des obstacles occlusaux intervenant dans la dysocclusion dentaire des migraineux. Une douleur provoquée au niveau d'un tubercule antérieur d'un processus transverse de l'atlas évoque un obstacle pathogène au niveau des molaires et le plus souvent du même côté. On a toutes les chances de trouver des obstacles occlusaux à droite et à gauche si cette sensibilité est bilatérale.

L'expérience nous a progressivement convaincus que, chez des migraineux à qui l'on avait enlevé des dents, une ou plusieurs, sans combler la béance dentaire, l'enquête clinique pathogénique mettait en évidence des obstacles occlusaux sur la ou les dents voisines de l'espace dentaire libre. L'examen clinique montre souvent dans ces cas qu'il y a effectivement des modifications des dents voisines. Elles basculent en dedans ou en dehors, médialement ou distalement. Des modifications positionnelles peuvent se produire également sur une ou plusieurs dents implantées sur l'arcade dentaire opposée. Elles profitent de l'espace libre pour réaliser des butées anormales sur les dents voisines de l'espace dentaire libre. Grâce aux papiers encrés, on objective alors ces contacts dentaires anormaux et grâce au test des lamelles de papier simple, on précise avec certitude les obstacles qui en sont véritablement responsables.

#### **4. Relations entre migraine et extraction dentaire non compensée**

Nous envisagerons, dans ce chapitre, les cas où il y a eu une seule extraction dentaire ou plusieurs.

##### **41 Relations entre migraines et dysocclusion dans le cas d'extraction dentaire unique**

En ce qui concerne la localisation des migraines et le côté de l'extraction dentaire, on constate que 7 fois sur 10, les migraines sont unilatérales et du même côté que celui de l'extraction dentaire. Trois fois les migraines sont à localisation bilatérale. Il n'y a aucun cas de migraine à localisation seulement de l'autre côté de la dent extraite.

Le siège des obstacles dentaires est reconnu successivement par le test des papiers encrés et celui des lamelles de papier ordinaire : ils montrent que 9 fois sur 10, ces obstacles sont localisés soit sur la dent située médialement par rapport à l'espace édenté, soit distalement, soit à la fois médialement et distalement. Une fois, l'obstacle consistait en une prématurité droite, un contact prématuré entre la 15 et la 45 (deuxième prémolaire supérieure droite et deuxième prémolaire inférieure droite), alors que la dent extraite était la 24 (première prémolaire gauche supérieure).

Le recul entre l'extraction dentaire non comblée et les premiers accès migraineux a été une fois de deux ans, une fois de quatre ans et dans tous les autres cas, ce laps de temps a varié entre 10 et 25 ans.

La maladie migraineuse apparaît donc souvent, dans ces cas, avec un long recul entre l'extraction dentaire et les premières manifestations migraineuses. Il faut attendre longtemps pour qu'une modification occlusale entraîne une irritation suffisante pour déclencher des migraines. On comprend que la relation migraine-dysocclusion ne soit pas évidente et demeure souvent insoupçonnée.

En ce qui concerne la sensibilité provoquée de l'atlas, on l'a retrouvée 7 fois sur 10, dont 4 fois unilatérale, du côté de la dent extraite, 3 fois bilatérale.

La sensibilité de la charnière dorso-lombaire droite a été retrouvée 6 fois dont 3 fois à localisation uniquement droite et 3 fois associée à une certaine sensibilité, moindre toutefois, du côté gauche.

Au total, dans cette série d'associations migraine et extraction dentaire unique, les remarques les plus importantes sont la localisation le plus souvent unilatérale de la migraine et son siège du côté de l'extraction, la localisation également unilatérale des obstacles occlusaux, du même côté que la dent manquante, le recul souvent très long entre l'extraction dentaire et l'apparition des manifestations migraineuses.

#### 42 Relations entre migraines et extraction non compensée portant sur deux dents

##### *421 Cas de deux dents voisines extraites*

Sur les 100 derniers dossiers, 5 fois il y avait eu extraction de deux dents voisines (espace libre de deux dents entre des dents persistantes).

En ce qui concerne le siège des migraines, 2 fois celles-ci se localisent du même côté que l'extraction dentaire, 2 fois du côté opposé, 1 fois les migraines sont bilatérales.

En ce qui concerne le siège des obstacles occlusaux, 4 fois ceux-ci sont du même côté que celui de l'extraction dentaire et une fois du côté opposé : il s'agit alors d'une prématurité, d'un contact plus précoce entre 2 dents opposées. Le recul entre l'extraction des dents et les premiers accès migraineux était de quelques mois dans 2 cas, entre 20 et 25 ans dans les 3 autres cas.

La sensibilité de l'atlas a été retrouvée deux fois, une fois du même côté que celui du vide dentaire, une autre fois du côté opposé et 3 fois, les atlas n'étaient pas sensibles.

La charnière dorso-lombaire droite a été trouvée sensible trois fois, avec une fois, une sensibilité moindre du côté gauche.

Au total, l'effectif de ce lot de patients où deux dents voisines ont été extraites, est peu important (5 cas) et les conclusions doivent rester prudentes.

On note toutefois que les migraines peuvent siéger du même côté que les dents extraites, mais aussi de l'autre côté, que les obstacles occlusaux sont localisés majoritairement du côté des dents voisines de l'espace édenté, et que l'atlas est sensible trois fois, dont 2 fois du même côté que l'extraction dentaire et 1 fois de l'autre côté.

##### *422 Cas de deux dents extraites, l'une à gauche, l'autre à droite*

Sur les 100 observations retenues, on a retrouvé 4 de ces cas.

En ce qui concerne le siège des migraines, elles étaient bilatérales. Une fois la migraine était unilatérale.

En ce qui concerne le siège des obstacles occlusaux, ils ont toujours été retrouvés au niveau des dents voisines des vides dentaires, trois fois des deux côtés, une fois d'un seul côté. Le recul entre l'extraction dentaire et la survenue des premiers accès fut respectivement de 2 ans, 10 ans, 25 ans et 25 ans.

Pour ce qui est de la sensibilité douloureuse de l'atlas, elle a été retrouvée trois fois, deux fois à droite et à gauche, une fois à droite. Une fois, elle faisait défaut. Quant à la sensibilité de la charnière dorso-lombaire droite, on ne l'a retrouvée qu'une seule fois.

Au total, pour cet effectif de 4 cas, on peut faire les constatations suivantes : les migraines sont majoritairement bilatérales et les obstacles occlusaux sont situés sur les dents voisines du vide dentaire.

#### *423 Deux cas de migraines avec extraction des quatre premières prémolaires*

Sur les 100 cas de migraines retenues pour ce travail, nous avons enregistré deux cas d'extraction des quatre premières prémolaires effectuée dans l'enfance, chez une fille et un garçon, à l'âge de 10 - 11 ans.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme âgée actuellement de 28 ans : les migraines sont unilatérales droites et l'examen a montré une prématurité entre la 15 et la 45 et un obstacle non travaillant sur la 37. Les premiers accès ont commencé quatre ans après l'extraction. L'atlas était très sensible, à droite et à gauche ainsi que la charnière lombosacrée droite.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un homme âgé actuellement de 48 ans. Ses migraines sont bilatérales. Elles ont commencé après un délai de cinq ans par rapport à la quadruple extraction dentaire. L'examen clinique a montré des obstacles occlusaux au niveau de la 18 et de la 38, dent de sagesse supérieure droite et dent de sagesse inférieure gauche. L'examen clinique a montré une sensibilité anormale de l'atlas, à droite et à gauche, et de la charnière dorso-lombaire droite.

Deux observations ne permettent aucune conclusion, mais on doit relever toutefois le court délai entre l'extraction des quatre premières prémolaires et l'arrivée des premiers accès migraineux.

Il apparaît, sur l'ensemble des 21 cas de migraines avec extraction dentaire non compensée, qu'elles siègent surtout du côté de l'extraction quand celle-ci est unilatérale, mais que, probablement, cela reste à prouver sur un plus grand effectif, qu'elles sont volontiers bilatérales quand il y a extraction dentaire non comblée des deux côtés. Dans tous les cas, les obstacles occlusaux sont retrouvés sur les dents voisines des espaces dentaires libres (sauf si, éventuellement, il y a un autre obstacle occlusal associé, tel qu'une prématurité, de l'autre côté, laquelle est peut-être facilitée d'ailleurs par le vide dentaire).

Le recul des premières manifestations migraineuses par rapport à l'extraction dentaire est souvent très long et de ce fait, sa responsabilité est plus difficile à démontrer.

La sensibilité de l'atlas, au niveau du tubercule antérieur du processus transverse, est un signe fréquent et sa présence suggère d'emblée la localisation des obstacles au niveau des molaires.

## **5. Incidences thérapeutiques**

Dans aucun de ces cas, nous n'avons proposé de combler la béance dentaire par un traitement prothétique ou par la pose d'implants. Dans tous les cas, nous avons suivi notre protocole thérapeutique habituel, exposé dans notre livre de 2006 [8], et dans la revue *Le fil dentaire* de mars 2006 [1].

Nous avons eu recours tantôt au plan de morsure, tantôt au meulage, souvent aux deux techniques conjointement. La localisation des obstacles occlusaux pathogènes se faisant

le plus souvent sur les dents voisines des dents extraites, le repérage de ces obstacles s'en trouve facilité et il est conforté par les tests aux papiers encrés, suivis des tests aux lamelles de papier simple.

L'effet du traitement correcteur au cours de sa réalisation est vérifié par le contrôle, entre chaque séance de meulage, des signes cliniques d'irritation que nous avons rapportés : le traitement doit obtenir la disparition de toute symptomatologie irritative.

Si l'on a recours au plan de morsure, réalisé par un faux palais en résine avec des ergots placés derrière les canines, destinés à écarter tout obstacle pour en supprimer les méfaits, là aussi, la hauteur utile des ergots est réglée progressivement, toujours par les contrôles du comportement clinique. Il convient de faire disparaître totalement la symptomatologie irritative trouvée au niveau de la région oro-faciale et à distance.

Bien entendu, comme à l'habitude, nous tenons compte d'autres facteurs pathogéniques, moins importants que la dysocclusion. Dans l'immense majorité des cas, il existe un déficit magnésique [8]. Il y a souvent des anomalies podologiques [5], des troubles orthoptiques [7], des anomalies de position du sommeil, notamment le sommeil sur le ventre. Chacun de ces facteurs nécessite un traitement approprié et nous ne négligeons pas non plus l'intérêt des cures thermales qui a été particulièrement souligné par la thèse de R Thomas [12] en 1976 et dans les articles du Professeur M Lamarche, qui avait proposé cette thèse, l'avait supervisée et en avait confirmé les conclusions [3].

## Discussion

Les résultats de ce travail soulèvent quelques commentaires.

Les extractions dentaires non compensées n'ont probablement pas d'incidences secondaires chez nombre de sujets, mais leur possible participation au déclenchement des accès migraineux nous paraît à signaler :

- aux orthodontistes, et il serait bon que les indications d'extractions dentaires soient à discuter quand il y a des antécédents familiaux de migraines, en rappelant que la fréquence des migraines est importante, de l'ordre de 5 à 10 % de l'ensemble de la population ;
- aux chirurgiens-dentistes qui seront appelés à faire des extractions dentaires en raison d'une fragilité acquise ou constitutionnelle d'une ou plusieurs dents, en raison d'infections dentaires chroniques, aiguës ou subaiguës à rechutes, en raison de traumatismes dentaires. Si le dentiste est contraint à l'extraction, il a là une bonne indication au remplacement de la ou des dents disparues.

Autre sujet de réflexion, la responsabilité chez le migraineux de l'extraction dentaire sans comblement reste encore difficile à accepter, toutefois elle nous paraît à discuter dans tous les cas. Les méthodes diagnostiques simples que nous avons préconisées doivent et peuvent entraîner la conviction : repérage d'obstacles occlusaux grâce au test des papiers encrés et vérification de leur nocivité par le test des lamelles de papier simple. Ces tests sont indispensables non seulement au premier examen mais aussi au cours des traitements correctifs.

Il convient d'insister aussi sur le fait que la correction de la dysocclusion ne donne pas toujours du premier coup les résultats espérés sur le déroulement des accès migraineux.

Il ne faut pas perdre confiance. Il faut refaire l'examen clinique qui constate la reprise des signes objectifs de la dysocclusion et apporter un supplément correctif en sachant que d'autres anomalies occlusales peuvent s'extérioriser secondairement.

L'amélioration se précisera progressivement au cours des consultations successives et des corrections occlusales dentaires. À chaque séance de traitement, le chirurgien-dentiste sera appelé à répéter ces examens cliniques, avant la correction et pendant la correction, celle-ci ne pouvant être considérée comme totalement efficace que lorsque les migraines auront diminué en fréquence et en intensité ou mieux quand elles auront totalement disparu.

Ce travail, comme tous ceux que nous avons entrepris jusqu'à présent, nous conduit à insister une nouvelle fois sur l'importance d'une très étroite et très franche collaboration entre médecins et chirurgiens-dentistes, et ce, non seulement en ce qui concerne la migraine, mais dans bien d'autres pathologies et nous pensons tout particulièrement à la fibromyalgie [4], à divers domaines de la rhumatologie [9,11], de la posturologie [2], de l'ORL [13], de l'ophtalmologie [7], mais aussi à toute la médecine générale. Nous pensons aussi à la nécessité pour le médecin d'apprendre à utiliser les papiers encrés, et pour le dentiste d'apprendre à palper les chevilles, les genoux, la colonne thoracolumbaire, les muscles et nerfs oro-faciaux, l'atlas.

Si le médecin généraliste ou le spécialiste éprouvait quelque difficulté à se procurer des papiers encrés, il suffirait que son correspondant dentiste fasse le geste de lui fournir une boîte de papiers bleus et une de papiers rouges.

Cette collaboration, tant souhaitée, entre médecins et dentistes, est le secret des progrès acquis et futurs en matière de migraines. Nous en voulons pour preuve l'application d'un test qui nous a été proposé par les docteurs Arlette et Gérard Hatesse, lors d'une réunion commune, en septembre 2007, entre le Docteur Jean-Yves Maigne, chef du service de Médecine physique de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu de Paris, de certains de ses collaborateurs, et de plusieurs dentistes, dont les deux cosignataires de cet article.

Ce test d'inhibition motrice (TIM), consiste, pour le médecin, à essayer de fléchir la main du migraineux, mise préalablement en hyperextension dorsale, le bras tendu à l'horizontale, et en demandant au patient de s'opposer à la flexion de sa main. Le médecin, pendant cette épreuve, soutient le bras du migraineux à l'horizontale. Quand il y a dysocclusion dentaire, le migraineux n'a pas la force de s'opposer à la flexion de la main. Par contre, lorsqu'il y a eu mise en évidence, par les tests envisagés précédemment, d'une zone précise de dysocclusion, par exemple un obstacle travaillant ou non travaillant sur une molaire ou sur une prémolaire, il suffit de placer une lamelle de papier ordinaire entre cette dent porteuse d'obstacle et son homologue au niveau de l'arcade dentaire opposée, pour que le migraineux retrouve immédiatement toute la force musculaire de ses extenseurs de la main. Il s'oppose alors, sans difficultés, à la flexion de sa main. Ce test nous permet en outre de suivre plus aisément les effets de la correction occlusale par le dentiste.

Nous associons désormais systématiquement à ce premier test, un deuxième test d'insuffisance motrice. Le sujet assis, les yeux fermés, les pieds au-dessus du sol, pour éviter

les interférences possibles d'anomalies orthoptiques et podologiques, on lui fait tendre le bras à l'horizontale, et on exerce sur ce bras une pression d'une main ou des deux mains, de haut en bas, en demandant au sujet de s'y opposer. Alors que le migraineux, en temps normal, ne parvient pas à s'opposer à l'abaissement de son bras, quand on supprime la cause de cette dysocclusion, soit par le test d'un rouleau de coton, bien placé transversalement entre les arcades dentaires, soit par une lamelle de papier placée au niveau de dents porteuses d'obstacles occlusaux, immédiatement le patient récupère sa force et s'oppose, sans difficulté, à l'abaissement de son bras.

Ces deux tests ont pris une place très importante dans la conduite du traitement. Nous aurons l'occasion d'en reparler ultérieurement.

## Conclusion

La constatation, chez un migraineux, d'un espace interdentaire libre, correspondant à une extraction dentaire non compensée, doit faire envisager la possibilité d'une responsabilité de cette extraction. Dans ce cas, la recherche systématique d'obstacles occlusaux, au niveau des dents avoisinant la ou les dents extraites, se fait par le test des papiers encrés puis celui des lamelles de papier simple. Ce dernier, apportant la preuve de la nocivité d'un ou plusieurs obstacles, conduit à leur correction.

## Bibliographie

- 1 Fournier M, Thomas Jean, Thomas Julien. Dysocclusion dentaire et migraine. *Fil dentaire* 2007;21:10-12.
- 2 Gagey PM, Weber B. *Posturologie. Régulations et dérèglements de la station debout*. Masson Edit. Paris, 1999:165 p.
- 3 Lamarche M, Thomas R, Thomas J, Champagnac R. Résultats à long terme de la cure de Vittel dans les différentes formes de migraines. *Entretiens de Bichat, Thérapeutique*. Exp Scient Fse, 1977:161-163.
- 4 Rosati LP, Thomas J. Fibromyalgies : importance de la dysocclusion dentaire et des anomalies podologiques. *Revue de Médecine Manuelle-Osthéopathie* 2007;21:16-21.
- 5 Thomas J, Guilbaud D, Thomas E. Jeu de cales podologiques. *Cinésiologie* 2006;5:14-16.
- 6 Thomas J, Thomas E. Migraines du droitier et migraines du gaucher. *Press Therm Climat* 2007; 144:203-209.
- 7 Thomas J, Thomas E, Demange E, Guilbaud D, Berche M, Berche C. Étude sur les relations entre les troubles visuels et les anomalies occlusales dentaires chez les migraineux suivis à Vittel. *Press Therm Climat* 2005;142:223-233.
- 8 Thomas J, Tomb E, Thomas E. *La migraine, la comprendre, la guérir définitivement*. Les Heures de France Edit, Paris, 2006:135p.
- 9 Thomas J, Tomb E. Le coup du lapin. Céphalées, cervicalgies et dorsalgies secondaires. Leur traitement à Vittel. *Press Therm Climat* 1996;133:193-98.
- 10 Thomas J, Tomb E, Thomas E. Bilan des acquisitions sur la migraine à Vittel. *Press Therm Climat* 2002;139:147-164.
- 11 Thomas J, Tomb E, Thomas E. Périarthrite scapulo-humérale et dysocclusion dentaire. 15<sup>ème</sup> Congrès de Rhumatologie. *Revue du Rhumatisme* 2002;69:1122.
- 12 Thomas R. *Contribution de la place de la cure thermale dans le traitement des migraines*. Thèse Nancy 1976.

- 13 Tomb E, Thomas J, Thomas E. Amélioration de certaines manifestations rhino-pharyngées traitées par rééquilibrage musculaire cervico-faciale pendant la cure à Vittel. *Press Therm Climat* 1994;131:205-206.