

Les auteurs rapportent les résultats d'un traitement de la fibromyalgie, qui tient

compte de la constatation, apparemment dans tous les cas, d'une dysocclusion dentaire d'une part, et d'une anomalie podologique d'autre part.

La notion d'une dysocclusion dentaire relève de la mise en évidence d'une sensibilité douloureuse à la pression des muscles et nerfs de la face, des articulations temporo-maxillaires, et, à distance, de la région sous-malléolaire externe, droite et gauche surtout. C'est une symptomatologie qu'ils ont déjà relevée chez les sujets migraineux. Ils donnent leur technique de repérage des causes de cette dysocclusion, et leur façon d'arriver à la corriger.

Ils constatent aussi l'existence d'une anomalie podologique qui se vérifie par l'amélioration de la sensibilité douloureuse provoquée, au niveau des chevilles, des genoux, de la colonne vertébrale. Ils utilisent des cales podologiques, de différentes hauteurs, placées sous la voûte plantaire interne. Ils constatent en effet qu'à une certaine hauteur de relèvement de la voûte plantaire interne, la cheville gauche et les genoux ne sont plus sensibles, et la colonne vertébrale l'est beaucoup moins.

Cela conduit à la prescription de semelles orthopédiques réalisées dans les conditions très précises et qui sont très efficaces. Douze fois sur une série de 21 cas de fibromyalgies, ces deux orientations thérapeutiques ont pu être conduites dans leur totalité, avec une très grande amélioration des diverses manifestations cliniques.

D'autres fois ces traitements n'ont pas été réalisés jusqu'à leur terme, et les résultats n'ont été que partiels. Dans 2 cas les semelles ont été mal faites (semelles à renforcement interne beaucoup trop épaisses une fois, et semelles toute plates une autre fois) : il ne s'est produit aucune amélioration.

Ces premiers résultats attirent l'attention sur la possibilité d'un double traitement, d'une dysocclusion dentaire et d'une anomalie podologique, qui semblent pouvoir être retrouvées dans tous les cas.

Fibromyalgie : importance de la dysocclusion dentaire et des anomalies podologiques

Louis-Pierre ROSATI, Jean THOMAS

Service de Médecine Physique (Dr JY MAIGNE) Hôtel-Dieu, 75004 PARIS

Introduction

La fibromyalgie est connue sous diverses appellations, syndromes polyalgiques diffus ou SPID, Fibromyosite, polyenthésopathie... Cette dénomination variable traduit d'emblée les problèmes soulevés par le diagnostic et ses critères, par les explications pathogéniques et, de ce fait, par les diverses orientations thérapeutiques. Dans ce travail, nous rapportons notre expérience sur le rôle de certaines perturbations occlusales dentaires et de certaines perturbations podologiques, sur les effets immédiats et lointains de la correction de ces anomalies chez les sujets fibromyalgiques. Nous avons retenu seulement les cas où nos patients s'adressaient à nous avec déjà le diagnostic de fibromyalgie qui avaient été porté par des médecins compétents, et les cas où c'est notre examen qui nous autorisait à

parler de fibromyalgie. Nous avons adopté les critères fournis par le Collège Américain de Rhumatologie.¹³ Ils relèvent 9 points douloureux bilatéraux, soit 18 au total et ils considèrent que, si 11 points sur 18 sont retrouvés, le diagnostic de fibromyalgie est pratiquement certain : point sous occipital, point cervical C5-C7, point au milieu du bord supérieur du trapèze : (Fig 1), point épicondylien, point sus épineux (entre l'omoplate et la colonne vertébrale), point rétro trochantérien, point inter costal antérieur (au dessus de l'articulation sterno-costal de la 2ème côte), point fessier, point du genou (au niveau de l'insertion des tendons des muscles de la patte d'oie). Nous avons tenu compte également de certaines recommandations de M Benoist et MF Kahn², à savoir, par exemple, la fatigue, l'association de troubles intestinaux, de céphalées, et l'absence de signes d'organicité apparente.

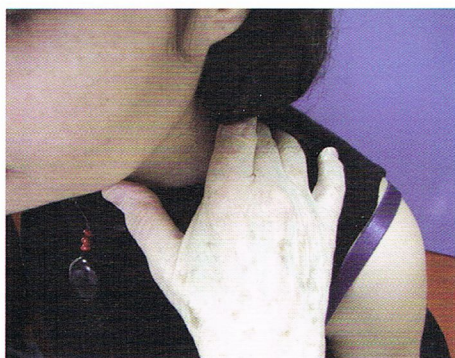


Figure 1

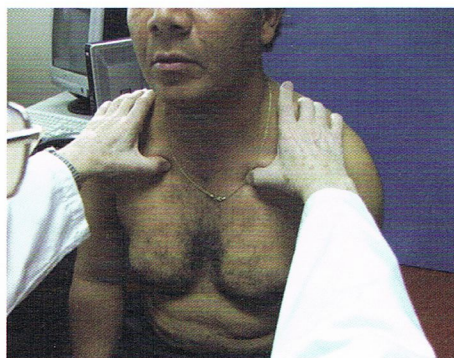


Figure 2



Figure 3



Figure 4

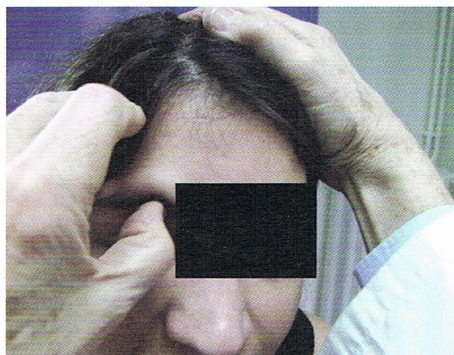


Figure 5



Figure 6

Données de l'examen clinique

Recherche des signes classiques de la fibromyalgie

Pour étayer le diagnostic de fibromyalgie, il faut évidemment rechercher une sensibilité douloureuse à la pression aux endroits ci-dessus rapportés, et personnellement nous la faisons évaluer par le patient lui-même en recourant à une échelle numérique, entre 1 et 10.

Recherche de signes objectifs de dysocclusion dentaire

On recherche une sensibilité de certains muscles à des endroits différents de ceux habituellement explorés par les rhumatologues : scalènes au niveau de leur insertion au dessous et légèrement en dehors de l'articulation sterno-claviculaire (fig.2), ptérygoïdiens médians palpés sur la face interne de l'angle postérieur de la mandibule (fig.3) et ptérygoïdiens latéraux examinés par le palper endo-buccal à la partie postérieure de la fosse amygdalienne, masséters et temporaux (fig.4)

On recherche également une sensibilité de certains filets nerveux à leur émergence de la boîte crânienne : branche interne des nerfs supra-orbitaires, palpée à l'angle supéro-interne de la cavité orbitaire, au niveau de l'incisure frontale et branche externe, facilement repérée dans le foramen sus-orbitaire, à 1-1,5 cm en dehors de l'incisure frontale (fig.5), nerfs sous-orbitaires, examinés au niveau du foramen sous-orbitaire, à mi-distance de la canine supérieure et de la partie médiane du bord inférieur de la cavité orbitaire.

On recherche ensuite, et c'est évidemment d'un intérêt capital, une sensibilité anormale des articulations temporo-maxillaires (fig.6). Elle est constante, uni ou bilatérale, et elle témoigne de manière indiscutable d'une irritabilité d'origine occlusale. On recherche enfin une note irritative à distance, non seulement au niveau de la face postéro-interne des genoux (fig.7), dans la zone correspondant à l'insertion des tendons des muscles de la patte d'oie, mais surtout et plus encore une sensibilité douloureuse anormale à la pression de la région sous-malléolaire externe (fig.8), que l'on ne signale nulle-

ment dans les articles consacrés à la fibromyalgie, hypersensibilité qui est le cas chez les migraineux.¹⁰

Recherche du siège et des causes de dysocclusion dentaire

Ayant constaté l'existence de cette symptomatologie irritative, plus ou moins marquée selon les cas, l'examen va s'efforcer de faire la preuve de l'origine occlusale de ces anomalies et d'en préciser le siège au niveau des arcades dentaires. On va donc rechercher la ou les causes de dysocclusion (fig.9). On essaie de préciser s'il y a une prématurité, c'est à dire un contact dentaire plus précoce d'un côté que de l'autre, en faisant claquer les dents, et en demandant au patient s'il remarque effectivement que la fermeture de la bouche est plus rapide d'un côté que de l'autre. Dans ce cas, on recourt à l'épreuve des lamelles de papier : on place une lamelle de papier de la largeur de la dent symétrique du côté opposé, entre cette dent et son homologue sur l'arcade dentaire opposée, et au besoin une lamelle de papier repliée sur elle-même à son extrémité, soit 2 épaisseurs de lamelle de



Figure 7

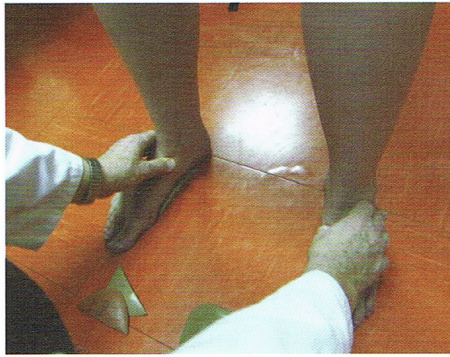


Figure 8



Figure 9



Figure 10



Figure 11



Figure 12

papier. On enregistre une atténuation immédiate de toute la sensibilité irritative relevée précédemment.

On recherche l'existence d'un diastasis canin (fig.10), c'est-à-dire d'un écart, d'un défaut de contact entre les canines supérieures et inférieures. On confirme ce diagnostic par l'épreuve des lamelles de papier, lamelles qui sont découpées par exemple à partir de papier d'ordonnance, qui ont 3 ou 4 millimètres de largeur. On replie une lamelle de papier à son extrémité, 1, 2, 3, 4...fois jusqu'à ce que, placée entre les canines, on obtienne le rétablissement du contact canin. On reprend l'examen clinique et on s'aperçoit très souvent que toute la symptomatologie irritative a disparu ou s'est atténuée considérablement. S'il y a un diastasis bilatéral, on fait l'épreuve d'abord d'un côté puis de l'autre, puis des deux cotés à la fois, et la symptomatologie irritative disparaît complètement.

Quand on n'a trouvé ni prématurité ni diastasis, il faut rechercher d'autres causes. On commence à mettre une compresse roulée ou un coton cylindrique (souvent utilisé par les dentistes) trans-

versalement entre les incisives et les canines supérieures et inférieures et on vérifie que la symptomatologie irritative s'atténue, ce qui est le cas très fréquemment.

On a ainsi la preuve de l'existence, quelque part au niveau de la mâchoire, d'un foyer d'irritation de type occlusal, dont il faut arriver à préciser le siège et la cause. On recourt alors aux papiers enrés, utilisés en dentisterie, placés entre les dents supérieures et inférieures, successivement à droite et à gauche (fig.11). On fait claquer les dents, à droite à gauche. On retire les papiers enrés, et, bouche ouverte, on observe les dents qui sont plus intensément colorées au niveau des obstacles aux mouvements en latéralité de la mandibule. On met ainsi en évidence des obstacles "travaillants" gênant les mouvements de la mandibule en dehors, ou des obstacles "non travaillants", gênant les mouvements en dedans. On peut repérer ces obstacles. Dans le cas où l'on ne remarque qu'un obstacle potentiel, on place alors une ou deux épaisseurs de lamelles de papier simple entre la dent repérée et son homo-

logue sur l'arcade dentaire opposée. Si l'obstacle repéré est fautif, miracle, toute la sensibilité irritative a disparu.

S'il y a plusieurs obstacles apparemment responsables, on répète la manoeuvre successivement sur les diverses dents suspectes, et, pour chacune, on repère la participation ou non à la dysocclusion.

L'examen peut mettre en évidence d'autres causes telles qu'un surplomb incisivo-canin (fig.12). Les dents supérieures, (incisives et canines) ne sont plus verticales, mais basculées en avant. Le contact entre dents maxillaires et dents mandibulaires ne se fait plus par les dents postérieures, par les molaires. Dans ces cas, il n'y a plus de contact canin et un rouleau de coton placé transversalement d'une canine à l'autre entre la mâchoire supérieure et la mâchoire inférieure, conduit à la disparition totale, ou en grande partie, de l'irritation occlusale. La mise en contact des canines par le nombre nécessaire d'épaisseurs de lamelle de papier donne les mêmes résultats.

La dysocclusion responsable peut être d'origine iatrogène. Il peut s'agir en effet



Figure 13



Figure 14

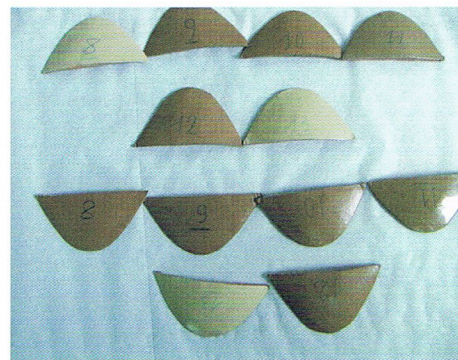


Figure 15



Figure 16



Figure 17



Figure 18

de couronnes trop épaisses, mal placées. Ce peut être aussi le cas d'appareils dentaires mal réglés, mal supportés. Là aussi les tests des papiers encreés et des lamelles de papiers permettent d'assurer le rôle pathogène de ces anomalies.

Ainsi, dans tous les cas, il est facile, l'expérience aidant, de faire la preuve de la dysocclusion dentaire dans l'irritabilité neuromusculaire de la fibromyalgie. Cela a les incidences thérapeutiques que l'on verra.

Recherche d'une participation podologique dans la genèse des douleurs

La voûte plantaire a souvent une part de responsabilité dans les manifestations lombo-sacrals chroniques et, dans le cas de la fibromyalgie, elle nous paraît jouer un rôle important. Dans ce domaine, le signe clinique majeur nous paraît être la sensibilité douloureuse provoquée au niveau de la cheville (Fig 13), plus précisément dans la région sous-malléolaire externe, au niveau du ligament latéral externe. Elle est très vive, et c'est souvent le point douloureux de tous ceux retrouvés à l'examen clinique. Elle est générale-

ment plus vive à gauche qu'à droite. On la retrouve en position debout. Or, dans ces cas et sans exception, on parvient à la faire disparaître avec des cales podologiques qu'on place sous la voûte plantaire interne. Ces cales, que nous avons préconisées¹² (fig.14), ont une face supérieure convexe qui s'applique sous la voûte plantaire interne et une face inférieure qui s'appuie sur le sol, une facette interne qu'on fait correspondre à la partie interne du pied, allant de la partie antérieure de l'appui talonnier jusqu'à la partie postérieure de l'appui au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Nous disposons d'un jeu de cales dont la hauteur maximale sur sa partie interne varie de 7 à 8,9,10,11,12,13,14 millimètres. Cela permet de relever la voûte plantaire de manière progressive, jusqu'à la hauteur qui fait disparaître totalement, et à la seconde, la sensibilité provoquée de la région malléolaire externe en même temps que la sensibilité de la partie postéro-interne du genou, avec des répercussions très favorables au niveau de la sensibilité de la charnière lombo-sacrée, de la charnière dorso-lombaire et même éven-

tuellement de la sensibilité dorsale et cervicale (fig.16)

Les résultats les plus spectaculaires face aux zones douloureuses des fibromyalgies sont obtenus par la correction des anomalies occlusales dentaires associée au port de semelles orthopédiques, avec renforcement au niveau de la voûte plantaire interne et dont la hauteur optimale a été donnée par le recours aux cales podologiques.

Traitement de la dysocclusion dentaire du fibromyalgique

Evidemment c'est le rôle du chirurgien-dentiste mais celui-ci doit être particulièrement entraîné à ce traitement très particulier. Il doit tenir compte des constatations du médecin ou du rhumatologue. Sans entrer dans le détail, on peut dire que le traitement est en général double : pose d'un plan de morsure et correction des points de dysocclusion constatés à l'examen clinique.



Figure 13



Figure 14

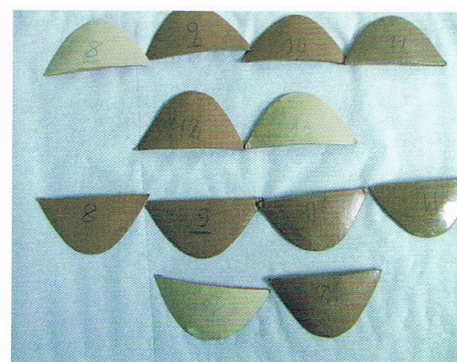


Figure 15



Figure 16



Figure 17



Figure 18

de couronnes trop épaisses, mal placées. Ce peut être aussi le cas d'appareils dentaires mal réglés, mal supportés. Là aussi les tests des papiers encrés et des lamelles de papiers permettent d'assurer le rôle pathogène de ces anomalies.

Ainsi, dans tous les cas, il est facile, l'expérience aidant, de faire la preuve de la dysocclusion dentaire dans l'irritabilité neuromusculaire de la fibromyalgie. Cela a les incidences thérapeutiques que l'on verra.

Recherche d'une participation podologique dans la genèse des douleurs

La voûte plantaire a souvent une part de responsabilité dans les manifestations lombo-sacralgiques chroniques et, dans le cas de la fibromyalgie, elle nous paraît jouer un rôle important. Dans ce domaine, le signe clinique majeur nous paraît être la sensibilité douloureuse provoquée au niveau de la cheville (Fig 13), plus précisément dans la région sous-malléolaire externe, au niveau du ligament latéral externe. Elle est très vive, et c'est souvent le point douloureux de tous ceux retrouvés à l'examen clinique. Elle est générale-

ment plus vive à gauche qu'à droite. On la retrouve en position debout. Or, dans ces cas et sans exception, on parvient à la faire disparaître avec des cales podologiques qu'on place sous la voûte plantaire interne. Ces cales, que nous avons préconisées¹² (fig.14), ont une face supérieure convexe qui s'applique sous la voûte plantaire interne et une face inférieure qui s'appuie sur le sol, une facette interne qu'on fait correspondre à la partie interne du pied, allant de la partie antérieure de l'appui talonnier jusqu'à la partie postérieure de l'appui au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Nous disposons d'un jeu de cales dont la hauteur maximale sur sa partie interne varie de 7 à 8,9,10,11,12,13,14 millimètres. Cela permet de relever la voûte plantaire de manière progressive, jusqu'à la hauteur qui fait disparaître totalement, et à la seconde, la sensibilité provoquée de la région malléolaire externe en même temps que la sensibilité de la partie postéro-interne du genou, avec des répercussions très favorables au niveau de la sensibilité de la charnière lombo-sacrée, de la charnière dorso-lombaire et même éven-

tuellement de la sensibilité dorsale et cervicale (fig.16)

Les résultats les plus spectaculaires face aux zones douloureuses des fibromyalgies sont obtenus par la correction des anomalies occlusales dentaires associée au port de semelles orthopédiques, avec renforcement au niveau de la voûte plantaire interne et dont la hauteur optimale a été donnée par le recours aux cales podologiques.

Traitement de la dysocclusion dentaire du fibromyalgique

Evidemment c'est le rôle du chirurgien-dentiste mais celui-ci doit être particulièrement entraîné à ce traitement très particulier. Il doit tenir compte des constatations du médecin ou du rhumatologue. Sans entrer dans le détail, on peut dire que le traitement est en général double : pose d'un plan de morsure et correction des points de dysocclusion constatés à l'examen clinique.

ce une sensibilité douloureuse provoquée anormale au niveau des chevilles, le plus souvent plus marquée au niveau de la cheville gauche. Dans tous les cas aussi, nous avons retrouvé la symptomatologie que nous avons décrite précédemment, celle d'une dysocclusion dentaire, avec, en particulier, la sensibilité douloureuse provoquée des articulations temporo-maxillaires, des nerfs et muscles faciaux.

Nos résultats peuvent se résumer de la façon suivante. Dans tous les cas, nous avons préconisé à la fois le port de semelles orthopédiques et un traitement de la dysocclusion. Le port de semelles orthopédiques a été accepté dans la très grande majorité des cas et réalisé le plus souvent, mais pas toujours dans les conditions souhaitées. En ce qui concerne le traitement occlusal, il a été accepté et réalisé en totalité jusqu'à son terme ou en cours de réalisation, ou il a été décliné par le patient.

- 11 fois, le traitement de l'occlusion et le traitement podologique ont pu être effectués correctement. Dans tous les cas, nous avons enregistré de très bons résultats, c'est à dire la disparition pratiquement complète de toutes les manifestations ostéo-musculaires de la fibromyalgie.

- 2 fois, les semelles ont été faites comme prévu et le traitement occlusal n'est encore que partiellement réalisé. Dans les deux cas, les chevilles, (région sous-malléolaire), les genoux et la colonne lombaire, sont totalement indolores, spontanément et à l'examen, tandis que l'irritation oro-faciale et la sensibilité provoquée des épaules et des coudes est en voie de d'amélioration.

- 4 fois, les semelles ont été faites et le traitement occlusal non réalisé.

- Sur ces 4 cas, 2 fois les semelles ont été faites correctement, selon nos prévisions, avec des résultats très bons en ce qui concerne les manifestations des membres inférieurs, de la colonne lombaire, avec des résultats partiels sur la colonne cervicale.

- Par contre, 2 fois les semelles n'ont pas été réalisées comme c'était souhaité : les résultats ont été nuls.

- Dans 1 cas, les semelles avaient un renforcement interne supérieur de 1cm à ce que nous avons proposé, avec en outre un énorme renforcement rétrocapital. Dans l'autre cas, les semelles étaient totalement plates.

- 2 fois le traitement préconisé aussi bien occlusal que podologique, n'a pas été suivi. L'évolution contrôlée n'a montré aucun changement de la symptomatologie lors de contrôles étalés sur plusieurs années.

- 3 fois, le traitement occlusal et podologique a été proposé, mais les patientes n'ont pas été revues.

Discussion

Dans tous les cas, sans exception, nous avons pu constater qu'il y avait une dysocclusion dentaire, traduite par la sensibilité douloureuse provoquée à la palpation des articulations temporo-maxillaires, des muscles de la motricité mandibulaire, des branches externes et internes des nerfs supra-orbitaires. La participation d'une dysocclusion dentaire chez les fibromyalgiques a été évoquée par d'autres auteurs^{3,4,6,9} et tout particulièrement par A. Mergui.⁹ Rappelons aussi qu'un signe qui, à nos yeux, n'a pas été relevé jusqu'à présent pour ces cas de fibromyalgie, paraît d'une importance capitale, c'est l'hypersensibilité de la région sous-malléolaire externe, que nous retrouvons systématiquement aussi chez tous les migraineux.

A propos de ces orientations thérapeutiques, occlusale et podologique, il convient d'insister sur certaines particularités. La mise en évidence d'une dysocclusion dentaire n'est pas un problème compliqué et relève d'un examen clinique approprié. En trouver la raison est plus difficile et c'est là que les tests que nous avons mis au point, à savoir le recours aux lamelles de papier en des points très précis et le comportement à distance de la sensibilité de la région sous-malléolaire externe, gauche surtout, sont d'un très grand intérêt, à la fois pour localiser

ces anomalies et pour apprécier l'efficacité du traitement.

Du point de vue podologique, le test des cales permettant de juger avec grande précision la hauteur du relèvement nécessaire de la voûte plantaire dans sa partie interne est également d'un intérêt majeur. En effet, le recours aux semelles orthopédiques permet d'éviter la réalisation de semelles trop épaisses, trop hautes, d'éviter les autres renforcements, type renforcement rétro-capital qui met l'équilibre du pied en porte-à-faux et annule les bienfaits attendus des semelles.

Il paraît important de signaler, et c'est un fait connu que la fibromyalgie peut succéder à un traumatisme, trauma crânien notamment.¹ On peut alors évoquer les répercussions de ce traumatisme sur l'équilibre occlusal dentaire, sur l'équilibre vertébral, cervical, dorsal et lombaire et même sur l'équilibre podologique, notion très étudiée par les posturologues.⁵ ■

Bibliographie

1. AARON M., BURKE M. M. BUCHWALD D., Overlapping conditions among patients with chronic fatigue, fibromyalgia, and temporomandibular disorder Arch Inter Med. 2000,221-22
2. BENOIT M., BOULU P., KAHN MF., Le syndrome polyalgique idiopathique diffus, Nouvelle presse médicale 86, 1953, 1680-1682
3. BRICOT B., Syndrome de défense posturale et trouble occlusal, C.R.Coll.Nat. Occlusod., Marseille 1987, 17-24., Rev.odonto-stomatol.1977,6,477-486
4. CLAUZADE M.A. "Concept ostéopathique de l'occlusion", Sevo Edit., Perpignan 1989
5. GAGEY P.M.,WEBER P., Posturologie. Régulation et dérèglements de la station debout. Masson Edit Paris 1999
6. GOLA R., Le syndrome dysfonctionnel de l'appareil manducateur, Masson Edit 1984
7. GURALNIC W., Temporo-mandibular joint affections, New engl.J.Med., 1978, 229, 123-129
8. MENKES C.J. et GODEAU P. La fibromyalgie. Rapport de l'académie nationale de médecine. Janvier 2007
9. MERGUI A., La fatigue chronique ou fibromyalgie, Guy Trénadiel Ed Paris 2002
10. ROZENCWEIG D., Algies et dysfonctionnement de l'appareil manducateur. CdP Ed Paris 1994
11. THOMAS J., TOMB E., THOMAS E., La migraine, la comprendre, la guérir définitivement, Les heures de France Edit Paris 2006
12. THOMAS J., GUILBAUD D., THOMAS E. Jeu de cales podologiques. Cinésiologie, 2006,2 15, 14-16
13. WOLF F., SMYTH.A., YUNUS M.B. The American College of Rheumatology 1990, criteria for the classification of fibromyalgia". Report of multicenter criteria committee. Arch.Rheum. 1980, 33, 160-172