

Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia
Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band: 36 (2000)
Heft: 12

Artikel: Traitement manuel de la migraine : une alternative thérapeutique?
Autor: Aguila, Jacques
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929542>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Traitement manuel de la migraine: une alternative thérapeutique?

Docteur Jacques Aguila, Centre de santé C.C.A.S,
50/54 Rue Dubourdieu, 33800 Bordeaux (France)

L'article rapporte les effets d'un traitement manuel, la Brachy myo-
thérapie® appliqué aux cas de migraines communes tels que définis
par l'International Headache Society.

Ce traitement qui consiste à traiter les contractures musculaires des mus-
cles de posture a le double avantage d'être atraumatique et suffisamment
efficace pour être utilisé en lieu et place des traitements prophylactiques
classiques de la migraine.

Une comparaison a pu être effectuée portant sur 82 dossiers, entre la
Brachymyothérapie® et les traitements médicamenteux prophylactiques
classiques.

90,2% ont jugé la thérapie manuelle plus efficace que tous les traitements
antérieurs suivis.

L'hypothèse d'une gêne à l'évacuation du sang veineux cérébral par la veine
jugulaire interne résultant de la contracture de certains muscles cervicaux
est avancée.

Il y a tout lieu de penser que la Brachymyothérapie peut se substituer
avantageusement à tous les traitements prophylactiques actuellement
connus des migraines communes avec ou sans aura.

Un traitement purement manuel de la migraine peut-il être proposé en lieu et place des traite-
ments prophylactiques actuels? Cette question ne nous semble pas totalement irréaliste et mé-
rite sans doute d'être examinée à la lumière des résultats obtenus par relaxation des muscles du cou et en dépit du fait que l'étude que nous pré-
sentons ne répond pas en totalité aux critères requis pour les essais thérapeutiques dans cette pathologie [1].

La migraine est, on le sait, une maladie fréquente qui représente en France environ 4% des consul-
tations en médecine générale [2]. Son traitement a progressé surtout dans le domaine de la crise avec l'avènement des Triptans par voie buccale [3]. Par contre, le traitement prophylactique sem-
ble marquer le pas et l'efficacité ne dépasse pas les 40 à 50% d'effets [4, 5, 6, 9]. C'est dire

que pour un patient qui conserve la moitié de ses crises, la prise quotidienne d'un médicament est la plupart du temps abandonnée d'autant que, bien souvent le médecin, qui devrait proposer successivement les thérapeutiques connues, se décourage à son tour. Au total, cette pathologie très invalidante et coûteuse, représentant environ 1% de la consommation médicale totale en France [7], semble mal prise en charge et partiellement traitée par les moyens prophylactiques actuels. Parmi ceux-ci, la place des thérapeutiques manuelles n'a peut-être pas été suffisamment étudiée bien que, en désespoir de cause pourrait-on dire, les auteurs s'y réfèrent souvent [8, 9].

Ce travail, réalisé en milieu ouvert, par un méde-
cin généraliste, rapporte les effets de l'applica-
tion d'une méthode de relaxation des muscles

posturaux: la Brachymyothérapie® (BM) sur près de 300 migraineux correspondant aux critères IHS, sur une période de 7 ans.

Population méthode

Population

Il s'agit de patients consultant un cabinet de médecine générale dans un Centre de Santé Mutualiste situé en zone urbaine.

Le motif de la consultation est: soit une pathologie intéressant le pôle céphalique, soit une toute autre raison médicale. Il n'y a aucune sélection effectuée à priori.

Modalités d'inclusion

Chaque patient signalant une pathologie du pôle céphalique se voit soumettre un interrogatoire structuré contenant les critères définis par l'IHS [10].

L'inclusion dans l'étude est réalisée le jour même de l'interrogatoire, ne sont retenus que les cas correspondant aux migraines avec ou sans aura tels que définis ci-dessous [10, 11]:

- migraines communes,
- migraines avec aura,
- migraines de l'enfant,
- migraine vraie post-traumatique.

Critères d'exclusion

- Refus d'accepter le traitement: un traitement classique est alors proposé.
- Migraine ne présentant que la manifestation de l'aura non suivie de douleurs (même si le résultat du traitement s'est avéré positif).
- Nombre de crises insuffisant pour pouvoir juger de l'efficacité du traitement.
- Migraineux poursuivant un traitement anti-migraineux ou pour d'autres raisons médicales (HTA, pathologie rhumatismale, etc.) pouvant interférer sur la maladie migraineuse et ne désirant pas l'interrompre.
- Les autres crises paroxystiques touchant le pôle céphalique ont été écartées, telles que névralgies faciales, algies vasculaires, même si dans certains cas le traitement s'est avéré efficace.
- Nombre de crises trop important (pour éviter la confusion avec les céphalées migraineuses ou les céphalées de tension).

Traitement

Le patient est libre d'accepter ou non le traitement et peut l'interrompre dès qu'il en manifeste le désir. Le traitement a été appliqué aux patients ayant consulté du 1^{er} janvier 1993 au mois de décembre 1999.

Le traitement anti-migraineux de fond est interrompu, progressivement s'il est ancien, immédia-

tement s'il est débuté depuis peu de temps (et avec les précautions d'usage pour éviter un éventuel effet rebond en particulier avec les bêta-bloquants). Les thérapeutiques de la crise sont autorisées pendant les premières séances.

Technique et modalités

La séance se déroule en 2 temps:

- *Un temps diagnostique:* Le thérapeute établit la cartographie des muscles de posture contracturés, par la palpation. La douleur révélée est considérée comme traduisant une contracture à traiter.
- *Un temps thérapeutique:* «Il s'agit d'une thérapeutique purement manuelle, du type «mobilité» ne dépassant jamais l'amplitude physiologique des articulations... Elle vise à traiter par mise en raccourcissement passif des muscles concernés les contractures post-traumatiques persistantes qui semblent être à la base de nombreuses pathologies en rhumatologie. Ces contractures sont faciles à diagnostiquer, puisqu'elles présentent les signes classiques de toute contracture» [12].

Nous insistons sur l'innocuité totale de la Brachmyothérapie®. Le protocole comprend des séances espacées de 1 à 2 semaines. L'arrêt du traitement est décidé par le thérapeute dans les conditions suivantes:

- Par la constatation de la disparition des contractures musculaires et des crises migraineuses déclarées par le patient.
- Par la constatation après les séances de la persistance des crises migraineuses et des contractures musculaires.
- Par la constatation d'une amélioration partielle qui ne progresse plus.

Evaluation

Le critère principal qui a été retenu est le nombre de crises présentées. Ce critère est considéré

comme le plus pertinent dans les études concernant les médicaments actifs dans la prophylaxie de la migraine [4].

Un questionnaire d'auto-évaluation est remis à la fin du traitement portant sur le nombre de crises vraies présentées depuis la fin du traitement,

- Le questionnaire est retourné 6 mois après la date de la fin du traitement.

Toute modification dans la symptomatologie est signalée à: jour + 30 et jour + 90.

Le questionnaire sert de base au suivi des patients ainsi que les signalements.

Les «dernières nouvelles» sont intégrées au suivi des patients.

Un patient déclaré en «rémission complète» peut être à nouveau traité en cas de rechute. L'évaluation est alors effectuée à partir de la date de la reprise du traitement et le nombre de séances supplémentaires additionné aux séances précédentes. La date de rémission complète ou d'amélioration est calculée à partir de la dernière crise déclarée (le mois est pris en compte). Des évaluations régulières sont effectuées soit par questionnaire, soit directement à l'occasion de consultations pour d'autres motifs de médecine générale.

Nous avons également tenté d'établir une comparaison avec les traitements antérieurs. Nous ne donnerons que les appréciations portées sur les traitements classiques comparés à la BM, le sujet devant faire l'objet d'un article ultérieur.

Effectifs

Du mois de janvier 1993 au mois de décembre 1999, 295 patients ont été évalués. Cette évaluation portait sur le nombre de crises présentées (voir plus haut).

Evaluation

Sur les 295 patients retenus 26 ont abandonné le traitement ou ont été perdus de vue soit 9% de l'effectif et 20 (7%) sont en cours de traitement.

Dans les études réalisées pour les essais des traitements prophylactiques (AINS, bêta-bloquants et calci-bloqueurs) sur 1139 patients, recrutés pour ces essais, 83% des patients ayant terminé le traitement ont été évalués [5].

Ailleurs, il est mentionné «que le taux de sortie d'essais de 19% est similaire au taux de 17% trouvé dans les essais pour les bêta-bloquants [4]. Enfin, le taux de sortie d'études de 20% est similaire au taux trouvé dans les autres essais de la prophylaxie de la migraine (résultats des essais avec Nimodipine: 7 essais contrôlés). Avec Verapamil, le taux de sortie est beaucoup plus important 48% et 30%. Enfin avec Flunarizine, un taux de 13% de sortie d'étude est retrouvé similaire aux taux trouvés dans les autres essais [6].

Caractéristiques de la population étudiée

Dans son recrutement sociologique, la population est identique à celle d'un cabinet de médecine générale libérale, dans une ville de moyenne importance (300 000 habitants).

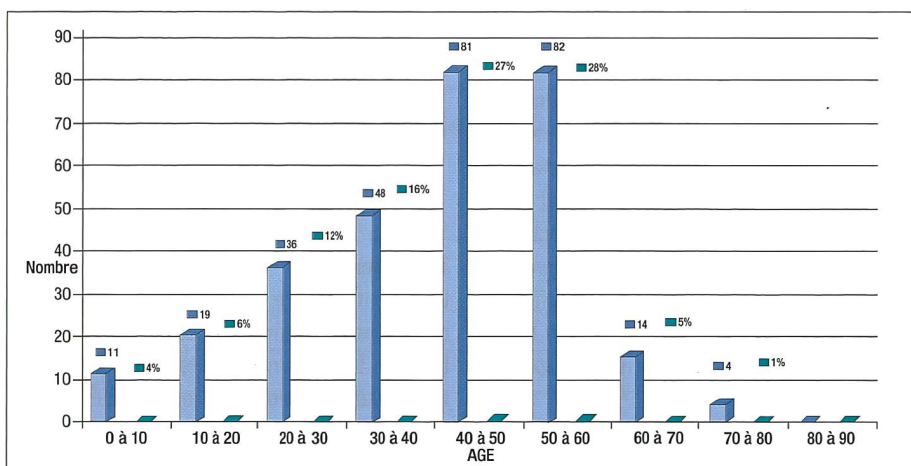
Répartition par âge

La répartition par âge est la suivante: voir tableau I.

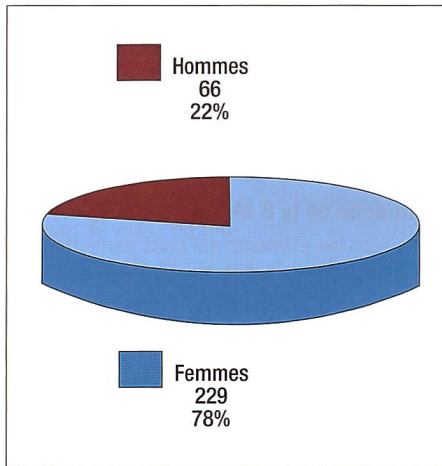
L'âge moyen est de 42 ans avec des extrêmes de 73 ans à 8 ans. On note 11 cas de migraines d'enfant de 0 à 10 ans et 19 cas de 10 à 20 ans. 19 cas au-delà de 60 ans, ce qui montre bien que contrairement aux idées reçues, la migraine ne disparaît pas obligatoirement avec la ménopause et chez les personnes âgées, même si sa prévalence entre 60 et 80 ans diminue fortement entre 8 et 6% pour les femmes et 2 à 3% pour les hommes [13]. La courbe de notre série est un peu différente de celle présentée par HENRY et al. De 30 à 40 ans, ces auteurs ont un maximum de migraineux alors que pour notre série, c'est de 40 à 60 ans (28%). Le pourcentage de 60 à 80 ans est de 6%. Les migraines des petits enfants de 0 à 9 ans représentent 4% (voir tableau I).

Répartition par sexe (Tableau II):

On connaît l'inégalité de répartition par sexe de la maladie: le taux de prévalence en France est de 6,1% chez les hommes et de 17,6% chez les femmes [13]. Le ratio Femmes/Hommes est de 3,84. Dans notre série, le ratio est de 3,46 (nous discuterons par ailleurs l'hypothèse d'une action hormonale œstrogénique sur les muscles du cou qui pourrait expliquer la différence). La prévalence évolue avec l'âge et le ratio est de 2 à l'âge de 20 ans pour atteindre 3,3 à la maturité (40 ans) et 2,5 à la ménopause. Peut-être y a-t-il sous-estimation du nombre de migraineux masculins dans



Tab. I: Répartition par âge.



Tab. II: Répartition par sexe.

nos pays?: La migraine étant culturellement une maladie de la femme, elle est moins volontiers avouée par les hommes (nous avons quelques cas de migraines «dissimulées» par des hommes dans notre série).

Caractéristiques de migraines étudiées

Ancienneté de la maladie

Le temps moyen d'évolution des migraines de notre étude est de 20,5 ans avec un maximum de 59 ans et un minimum de 1 an. La répartition des patients en fonction du temps d'évolution est donnée au Tableau III.

La majorité se situe entre 0 et 5 ans d'évolution mais on peut noter la chronicité de la pathologie puisque de 20 à 60 ans, on retrouve 125 patients et 10 d'entre eux ont entre 50 et 60 ans d'évolution.

Fréquence des crises

En fonction de notre classification, nous obtenons un chiffre moyen de 3 crises mensuelles avec un maximum de 12 et un minimum de 0,3.

Evaluation de la sévérité des crises (Tableau IV)

Nous avons retenu l'intensité de la douleur à l'échelle visuelle analogique (E.V.A.) dont les graduations vont de 0 à 100. Les données de la littérature montrent que de nombreux indices sont utilisés:

Score d'intensité des crises:

- 1) Gênant mais patient non «invalide»
- 2) Patient en partie valide
- 3) Patient invalide: incapable de travailler ou alité [14].

Score de sévérité des crises:

- 1) *Mild*: migraine gênante qui permet toutes les activités normales et nécessaires journalières avec peu ou pas de difficultés.

2) *Moderate*: migraine gênante, rendant les activités journalières difficiles et susceptibles d'en empêcher certaines,

3) *Sévère*: incapacitante, empêchant totalement la réalisation des activités quotidiennes habituelles à tous les stades pendant la crise.

Même critère de sévérité pour P. Kangasniemi [15].

Enfin, dernier critère:

1) *Ligth*: migraine gênante qui permet les activités quotidiennes avec peu ou pas de difficultés.

2) *Moderate*: migraine gênante avec des difficultés à effectuer les activités quotidiennes.

3) *Sévère*: incapacitante, patient incapable de réaliser les activités quotidiennes [16].

La même quantification est reprise par Kangasniemi et al [17 et 18].

Pour notre part, le critère réalisation des activités nous paraît difficile à évaluer: de nombreux patients, le plus souvent par crainte de perdre leur emploi ou par impossibilité réelle de cesser leur activité (les mères de famille par exemple) avouent continuer une activité normale malgré la sévérité des crises.

Nous avons établi un tableau indiquant la répartition des patients en fonction de la sévérité des crises évaluées à l'E.V.A. On voit que leur majorité s'inscrit entre 60 et 100.

L'intensité moyenne dans notre série mesurée à l'E.V.A. est de 78 et pour 96 patients, elle se situe entre 90 et 100, soit pour 32% de la population étudiée et seulement à 50 et moins pour 13% de cette même population. C'est souligner combien cette pathologie est invalidante.

Migraines avec aura

Les migraines avec AURA représenteraient 30% de la population migraineuse globale. Dans notre série, 25% présentaient ce type de manifestation, essentiellement visuelle. Devant les risques de surestimation du phénomène, nous n'avons retenu que les manifestations typiques, survenant en l'absence de douleurs et précédant la crise de ¼ d'heure en moyenne.

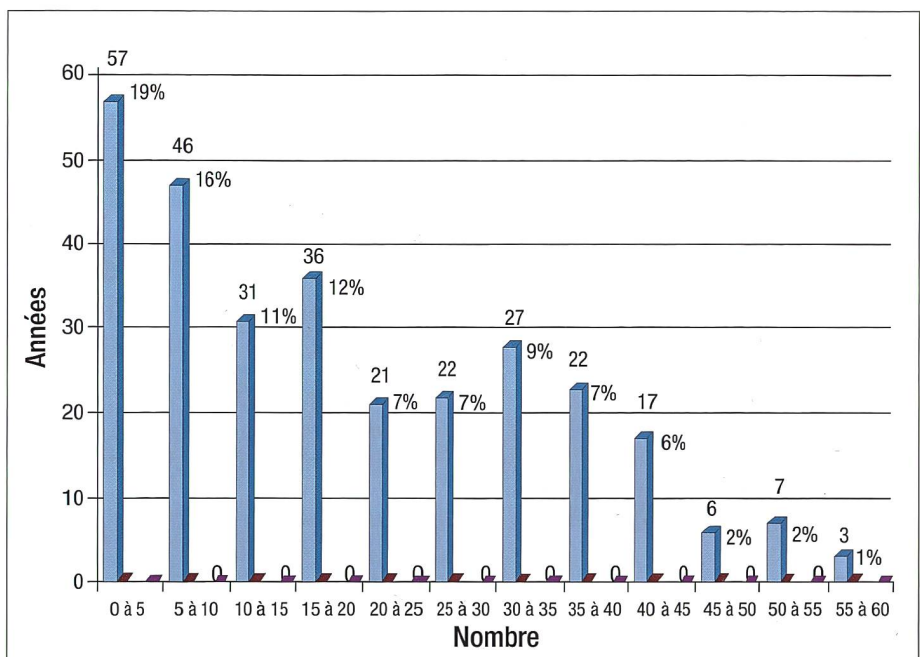
La migraine avec aura aurait une répartition différente en fonction du sexe: au lieu des chiffres de 5 femmes pour 1 homme pour la migraine sans aura, il y aurait 3 femmes pour 2 hommes qui présenteraient une migraine avec aura. Dans notre série, 55 femmes pour 19 hommes soit 25% de l'ensemble et un rapport voisin de 3/1 (voir tableau V).

Résultats du traitement

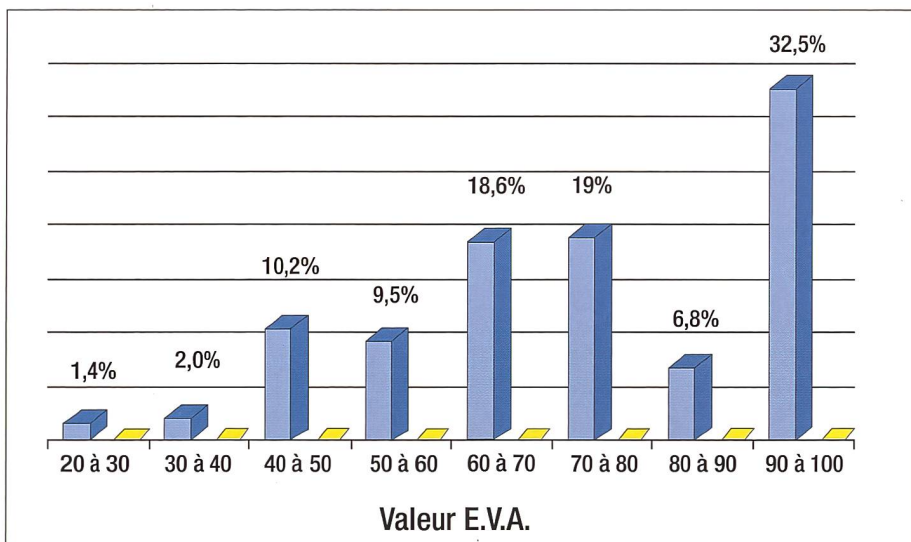
Nous obtenons les résultats suivants sur 295 cas étudiés dont les caractéristiques moyennes étaient les suivantes:

3 crises par mois évoluant depuis 20, 5 ans et dont l'intensité à l'EVA était de 78

- 25% présentaient une aura
- L'effectif était composé de 229 femmes (78%) et de 66 hommes (22%). La période d'observation est de 32 mois (le délai entre la guérison ou l'amélioration) 20 (7%) patients sont en cours de traitement les calculs portent donc sur 275 patients
- nombre de rémissions complètes: 65% (179 cas)
- nombre d'amélioration à 80% (et plus): 5,8% (16 cas)
- nombre d'amélioration à 50%: 5% (14 cas)
- nombre d'amélioration à 30%: 1,8% (5 cas)
- nombre d'échec: 12,7% (35 cas)



Tab. III: Ancienneté de la maladie

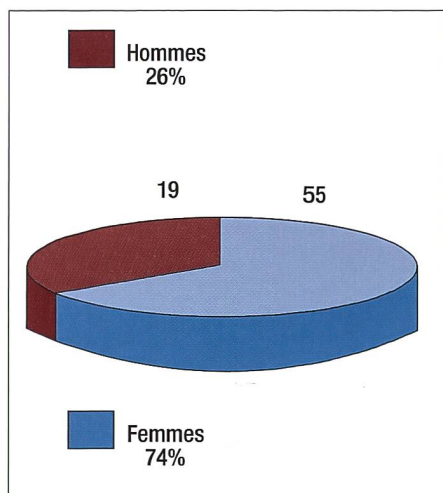


Tab. IV: Répartition en fonction de l'intensité.

- nombre d'abandons, non revus, sortis d'étude: 9,4% (26 cas)
- en fonction du nombre de crises déclarées au départ du traitement par le patient, on pouvait s'attendre à la survenue de 19679 crises. D'après nos calculs dans la période, moyenne de 32 mois, 1502 crises sont survenues soit *un gain de 18 177 crises*.
- Enfin nous avons comparé le traitement par BM aux traitements prophylactiques habituels. Le tableau suivant résume les jugements respectifs portés sur le traitement antérieur suivi, les résultats de la BM et sur son efficacité (Tableau VI).

Nombre de réponses traitement prophylactique médicamenteux antérieur y compris homéopathie: 82 réponses.

Au total, il n'y a à peine que 12,1% des patients qui jugent satisfaisant leur traitement antérieur, la plus grande majorité estime peu ou pas efficace ces traitements qu'ils soient médicamenteux classiques ou homéopathiques.



Tab. V: Répartition de l'aura en fonction du sexe.

Ces 87,9% d'opinions plutôt négatives expliquent sans doute la faible adhésion du patient à son traitement anti-migraineux, son découragement et le fait qu'il ne finisse par traiter uniquement que la crise. Sur l'ensemble des traitements antérieurs subis, 90,2 % des patients traités estiment la B.M.[®] plus efficace et 6% équivalente en efficacité. On ne recueille que 3,6% d'opinions négatives. La B.M. semble donc être, de l'avis des patients, seul critère en dernière analyse pour juger de

l'efficacité d'un traitement [19] comme une alternative valable à tout ce qui est proposé en traitement de fond du migraineux.

Discussion

L'efficacité de la B.M.

Quels sont les éléments qui nous permettent de penser que la B.M. est réellement efficace?

1° Le critère que nous avons utilisé, c'est-à-dire le nombre de migraines vraies présentées, est considéré comme le plus pertinent par la plupart des auteurs [5]. Ces auteurs signalent la difficulté d'interprétation liée à l'utilisation d'index composites comme par exemple le nombre de jours de migraine que multiplie la sévérité de la crise (Headache index).

Nous avons pour notre part relevé 17 indices différents utilisés dans les études. La discussion sur le concept d'attaque sévère ou de migraine sévère a été par ailleurs introduite [20]. Ce concept de sévérité de la crise devant être d'après ces auteurs plutôt réservé au traitement de la crise qu'à celui de la prophylaxie «la donnée brute de fréquence des crises est le paramètre le plus efficace et le plus significatif» [4]. «La fréquence des crises de migraine doit être utilisée comme principal paramètre et effectivement plusieurs essais de médica-

Tab. VI: Comparation – Traitement – ANT/BM

	Derives ergot	Bétabloquant	Antisérotonines	Autres médic.	Homéopathie	Total TRT
Effectifs	48	14	10	3	7	82
Jugement / Efficacité						
Très	0 (0%)	1 (7,1%)	2 (20%)	0	0	3 (3,6%)
Efficace	3 (6,25%)	1 (7,1%)	2 (20%)	0	1 (14,2%)	7 (8,5%)
Peu	19 (41,3%)	10 (71,4%)	4 (40%)	2 (66,6%)	6 (85,7%)	41 (50%)
Pas du tout	26 (54,1%)	2 (14,2%)	2 (20%)	1 (33,3%)	0	31 (37,8%)
Résultats BM						
Remission c	42 (85,7%)	7 (50%)	8 (80%)	2 (66,6%)	6 (85,7%)	75 (91,4%)
Amélior. 80%	2 (4,1%)	0	1 (10%)	1 (33,3%)	0	4 (4,8%)
Amélior. 50%	2 (4,1%)	2 (14,2%)	0	0	1 (14,2%)	4 (4,8%)
Amélior. 30%	0	2 (14,2%)	0	0	0	2 (2,4%)
Echec	2 (4,1%)	3 (21,4%)	1 (10%)	0	0	6 (7,3%)
Jugement / Efficacité BM						
Plus	47 (97,9%)	10 (71,4%)	8 (80%)	3 (100%)	6 (85,7%)	74 (90,2%)
Equivl effic	1 (2,2%)	2 (14,2%)	1 (10%)	0	1 (14,2%)	5 (6%)
Equivl ineffic	0	2 (14,2%)	0	0	0	2 (2,4%)
Moins	0	0	1 (10%)	0	0	1 (1,2%)

ments actifs ont montré que l'efficacité est liée à ce paramètre» [19].

2° Le temps d'observation de 32 mois en moyenne (max. 79, soit près de 7 ans.) permet pour une part d'effacer l'effet placebo même si celui-ci est très élevé parfois: «75% de diminution de jours de maux de tête pendant le traitement placebo» de même que «l'effet-temps» qui traduit la tendance à la diminution de la fréquence des crises au cours des essais médicamenteux sans lien avec le traitement. Nous avons établi la moyenne du temps des essais sur 67 essais (2893 patients évalués), cette moyenne est de 4,5 mois (maximum 9 mois).

3° Le nombre de patients de notre série peut également être comparé aux essais médicamenteux: 2893 patients: en moyenne 43,17 patients par essai avec un maximum de 161.

4° La fiabilité du suivi: les patients remettent un questionnaire signé, attestant de leur état actuel ou répondant à l'interrogation directe. Cette auto-évaluation est finalement la méthode retenue comme la plus pertinente pour évaluer l'efficacité du traitement. «Le ratio efficacité/satisfaction doit être continuellement discuté avec le patient qui est en fin de compte le juge du traitement prophylactique» [19].

5° La comparaison avec les traitements antérieurs: l'exploitation des 82 dossiers a montré: a) qu'au total, le migraineux utilise peu le traitement de fond (plus de la moitié de notre série n'avait jamais pris de traitement prophylactique)

b) que 74 patients sur 82 soit 90,2% jugeaient la myothérapie plus efficace que leur traitement antérieur, suivi en moyenne pendant 14,9 mois.

c) que 5 patients la jugeaient équivalente soit 6%
d) et que seulement 1 patient la jugeait moins efficace soit 1,2%.

6° Le taux de réponse au traitement B.M. nous semble également significatif:

- La moyenne des réponses aux traitements prophylactiques est de 40% [19].
- Le chiffre obtenu en BM de 78% semble donc significatif d'une action réelle.

7° Le traitement de la maladie migraineuse est souvent difficile, long et décevant. On rencontre souvent une résignation des migraineux vis-à-vis de leur douleur qui les amène à se réfugier dans un rite thérapeutique peu efficace, renonçant à toute tentative d'amélioration [21].

Si l'on sait qu'apparemment, il n'existe aucune supériorité entre les divers traitements prophylactiques

nouveau

Syndrome cervical traumatique

La minerve ouverte **Mbrace®**

Mbrace® conçu pour:

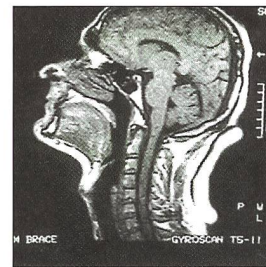
Une mobilisation contrôlée des vertèbres cervicales.
Un travail proprioceptif.

La technique révolutionnaire qui ouvre aux patients atteints de traumatisme cervicaux, une nouvelle dimension dans la phase de rééducation.

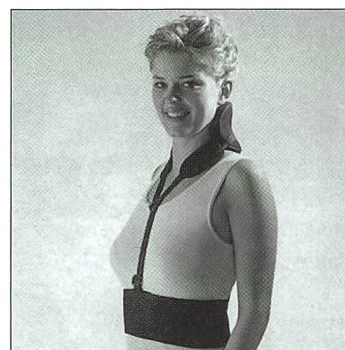
Mbrace® s'adapte parfaitement grâce à sa forme anatomique **Mbrace®** soutien précocement la physiothérapie, l'ergothérapie et les mesures de rééducation.



Sans **Mbrace®**

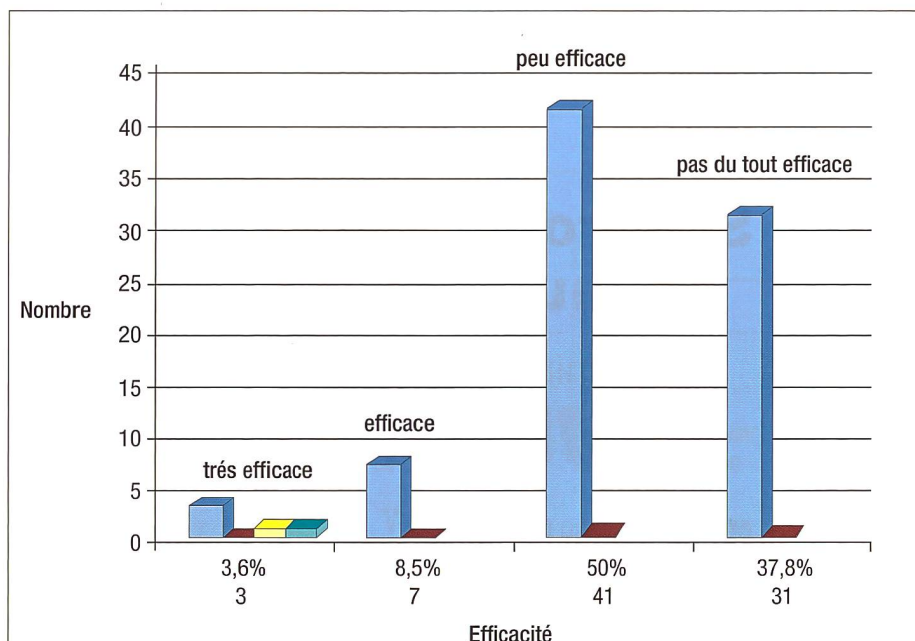


Avec **Mbrace®**



- Prière de nous faire parvenir de la documentation
- Je suis intéressé, veuillez prendre contact au:
Tél. _____

BERRO AG Case postale CH-4414 Füllinsdorf
Téléphone 061-901 88 44 Fax 061-901 88 22



Tab. VII: Jugement sur l'efficacité du traitement antérieur.

lactiques proposés [9] et que ceux-ci sont considérés comme efficaces s'ils réduisent la fréquence des crises de 50% (c'est-à-dire qu'ils laissent subsister la moitié des crises), on peut comprendre la résignation du patient qui déclare souvent préférer souffrir que de prendre des risques de pathologie iatrogène.

Le degré élevé de satisfaction exprimé par rapport au traitement par B.M. semble donc significatif. Cette étude a pour défaut d'être une étude ouverte et en partie seulement comparative.

Hypothèses physio-pathologiques

La véritable nature de la migraine n'est toujours pas connue même si les hypothèses s'affinent de plus en plus concernant:

- La diminution du débit sanguin cérébral (DSC) constatée dans l'aura [22].
- La dépression corticale propagée (spreading... dépression) et l'activation des systèmes trigéminovasculaires avec libération des neuropeptides actifs provoquant l'inflammation neurogène méningée et la vasodilatation artérielle consécutive.
- Le rôle du monoxyde d'azote et du récepteur NMDA responsable de sa libération est aussi actuellement mis en avant [9].

Dans ce contexte très élaboré prétendre traiter la migraine par une simple relaxation des muscles du cou peut sembler présomptueux. Il nous semble cependant que des faits cliniques simples et évidents confortent cette opinion:

- la constatation systématique à la palpation cervicale de zones précises, très douloureuses, chez le migraineux,

- la disparition, souvent immédiatement après traitement, de ces zones douloureuses,
- le maintien de l'indolence à la palpation des zones préalablement douloureuses chez le migraineux en rémission prolongée,
- leur persistance au contraire dans les cas d'échecs.

Quel serait le rôle des contractions musculaires permanentes dans la genèse de la migraine?

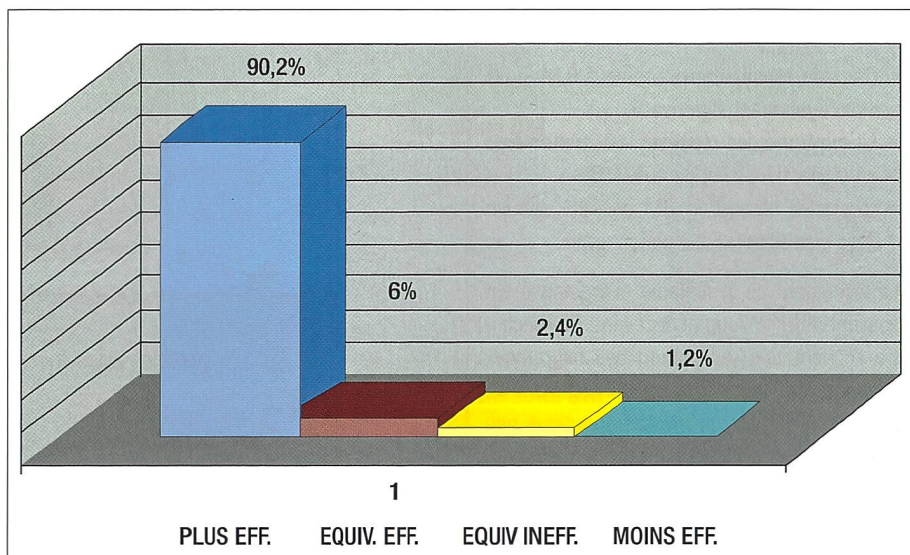
L'hypothèse d'une gêne à l'évacuation du sang veineux dont la jugulaire interne est le plus gros transporteur a été émise [23]. La contraction musculaire majorée par certains facteurs (physiques, chimiques, hormonaux) gênerait le retour veineux, d'où hypoxie cérébrale postérieure créant ou non l'aura et réaction vasomotrice

compensatoire avec la cascade de réactions chimiques maintenant bien identifiées. La vasodilatation va augmenter la pression intra-céphalique et donner les signes cliniques de la migraine (vomissements, phono-phobophtobie). Dans notre expérience, purement clinique, nous avons pu vérifier que, chez des migraineux en rémission complète, un événement traumatique pouvait engendrer une contracture musculaire (même à distance) et entraîner une rechute migraineuse. Le fait que la proportion de femmes migraineuses soit supérieure aux hommes (dans un rapport de 1/3) alors qu'avant la puberté le sex ratio est presque équivalent pourrait s'expliquer peut être par la présence de récepteurs œstrogéniques dans les muscles à fibre lente du cou [24, 25].

Certains muscles du cou sont en relation étroite avec le système veineux et l'un d'eux, l'omohyoïdien a été identifié comme muscle vasomoteur, qui dilaterait la veine jugulaire interne [26, 27] une contracture permanente de ce muscle pourrait donc avoir un effet direct sur le retour veineux et perturber la circulation cérébrale.

En conclusion

Malgré les défauts de cette étude que nous avons soulignés: étude ouverte, comparative en partie, les résultats obtenus, la permanence des effets du traitement, son acceptabilité, nous paraissent devoir faire l'objet d'une attention particulière et de motiver d'autres études en particulier en comparant la BM® et les traitements prophylactiques habituels de la maladie migraineuse. Quoiqu'il en soit, il nous semble que la BM®, par son innocuité et le faible nombre de séances qu'elle nécessite, peut être proposée comme traitement alternatif aux autres thérapeutiques prophylactiques.



Tab. VIII: Jugement comparatif ANT BM.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) TZOURIO C., MASSIOU H., BOUSSER M.G.: Méthodologie des essais thérapeutiques dans la migraine: une grille de lecture, *Path. Biol.*, 1992, 40, n° 4, p 361-366
- 2) HENRY P., TISON F., BROCHET B.: Céphalées, Algies de la face – in douleurs Maloine Edit. 1 vol 1997, Chap 46, p 503/512
- 3) GERAUD G., THIBOUT E.: Traitement de la migraine de l'adulte par un agoniste central et périphériques des récepteurs sérotoninergiques 5 HT 1B/1D: Le zolmitriptan (Zomig TM 2,5 mgr). La lettre du neurologue – suppl. n° 3 Vol II juin 1998
- 4) STEWART JOHNSON E. and PEER TFELT-HANSEN: Non steroidal anti-inflammatory drugs. The Headaches Raven Press Ltd New York 1993 – chap 53 391/395
- 5) TFELT-HANSEN PEER and ROBIN G. SHANKS: Bêta-Adrenoceptor blocking drugs. The Headaches Raven Press – New York 1993 – chap 50 363/372
- 6) NOBORU TODA and TFELT-HANSEN PEER: Calcium antagonists. The Headaches Raven Press – New York – chap 52 383/390
- 7) HENRY P., MICHEL P., BROLHOT B., DARTIGUE J.F., TISON S., SALAMON R.: A national survey of migraine in France: prevalence and clinical features in adults. *Cephalalgia* 1992; 12: 229-237
- 8) BONTOUX D.: Dysphagie, céphalée, vertige et rachis cervical. *Rev. Rhum (ED. FR)* 1998, 65 (5) 374-379
- 9) EL AMRANI M. et MASSIOU H.: Migraine: aspects cliniques et traitements. *Encycl. Med. Chir. (Elsevier Paris) Neurologie* 17. 23. A. 50 1998 7 p
- 10) MASSIOU H.: Migraines et algies vasculaires de la face – aspects cliniques. Masson 1993-1 vol – p 15/26 opus cité
- 11) JOSEPH P. A., RICARD-MOUSNIER B., SAMID M., EMILE J.: Présentations cliniques inhabituelles de la migraine et limites nosologiques – in céphalées et migraines. Masson 1993-1 vol – p 26/33
- 12) POLAK J., AGUILA J., VERTIER J. M.: Traitement manuel non chirurgical de l'hallux valgus de l'adulte *Rhumatologie* 1998 – 50 – 6 sept 191/193
- 13) HENRY P., DOUSSET V., MICHEL P.: Prévalence de la migraine. La lettre du neurologue – suppl. n° 3 – Vol II – juin 98 P 5 – 9
- 14) ANDERSSON P. G., DAHL S., HANSEN J. M., HANSEN P. E., HEDMAN C., NYGAARD T. KRISTENSEN AND DE FINE OLIVARIUS B.: Prophylactic treatment of classical and non classical migraine with metoprolol – a comparison with placebo. *Cephalalgia* 1983, Vol 3, p 207-12 – Oslo ISSN0 333 – 1024
- 15) KANGASNIEMI P., ANDERSEN A. R., ANDERSSON P. G., GILHUS N. E., HEDMAN C., M. HUTGREN, VILMING S., OLESEN J.: Classic Migraine: Effective prophylaxis with metoprolol. *Cephalalgia* 1987, 7: 231-8
- 16) VILMING S., STANDNES B., HEDMAN C.: Metoprolol and pizotifen in the prophylactic treatment of classical and common migraine – A double-bind investigation. *Cephalalgia* 1985: 5: 17 – 23 Oslo ISSN0 333-1024
- 17) RANGASNIEMI P., ANDERSEN A.R., ANDERSSON P. G., GILHUS N. E., HEDMAN C., HUTGREN M., VILMING S., OLESEN J.: Classic Migraine: Effective prophylaxis with metoprolol. *Cephalalgia* 1987, 7: 231-238 Oslo
- 18) RANGASNIEMI P., HEDMAN C.: Metoprolol and propranolol in the prophylactic treatment of classical and common migraine. A double bind study. *Cephalalgia* 1984; 4: 91-6 Oslo
- 19) TFELT-HANSEN P.: Prophylactic treatment of migraine: Evaluation of clinical trials and choice among drugs. *Cephalalgia-Supp* 15 (1995) 29/32
- 20) MICHEL P., DUBROCA B., DARTIGUES J. F., EL HASNAOUI A., HENRY P.: Frequency of severe attacks in migraine sufferers of the Gazel cohort. *Cephalalgia-Supp* 17 (1997) 863/866
- 21) AUTRET A., SAUDEAU D., MARGINEANU J.: Le traitement des migraineux. Masson 1993-I vol P 187/192 op cit.
- 22) STIRLING MEYER J., ZETUSKY W., JONSDOTTIR M.B. AND MORTEL K.: Cephalic hyperemia during migraine headaches. A prospective study. *Headache* – September 1986 p 388/396
- 23) POLAK J., AGUILA J.: Causes et traitement de la migraine Nouvelles hypothèses, nouvelles possibilités. *Kinésithérapie Scientifique* n° 367 Mai 1997 P 19/25
- 24) ALAN R., LISSIN C.: Hormons and cancer. P 261/290 1984 New York
- 25) GUSTAFSSON ET AL.: Androgen and estrogen receptors. *J. Anim Sci* 1989 67-206/212
- 26) KAHLE W., LEONHARDT M., PLATZER W.: Anatomie Edit. Francaise C. CABROL. T Appareil locomoteur-Médecine sciences Flammarion 1 vol Edit 1992 p 144
- 27) STEINER T. J., RAJIU J., HEDMAN C. AND CLIFFORD RUSE: Metoprolol in the prophylaxis of migraine: parallel groups comparison with placebo and dose – rangins follow up. *Headache* 1988, 28 February 15-23
- 28) CHEVREL J.P., FONTAINE C.: Anatomie clinique – Tête cou 1 Vol. – Ministère de l'Enseignement Supérieur de la Recherche – p 299

ANNONCE

KONGRESS SPV 2001

Fribourg, 18./19. Mai 01

«La physiothérapie en mouvement»

Les 18/19 mai 2001 a lieu au «Forum Fribourg» le congrès FSP placé sous la devise «La physiothérapie en mouvement». De plus amples informations seront publiées dans le prochain numéro de «Physiothérapie». Marquez en rouge maintenant déjà notre congrès!

Exposés principaux:

Jan Dommerholt: Origines et traitements possibles de la fibromyalgie

Christian Callens und Michaël Nisand: La Reconstruction posturale: Historique, concepts fondamentaux et bases scientifiques; Principe thérapeutique et stratégies de traitement

Christine Hamilton: Etude scientifique de la stabilisation segmentaire de la colonne lombaire

**Une date importante
à inscrire dans
chaque agenda!**