

Applications thérapeutiques de la crâniopuncture

Cet article est consacré à l'étude des indications thérapeutiques de la crâniopuncture.

En raison du grand intérêt qu'elle présente pour les affections du système nerveux central, nous nous permettons de rappeler les points principaux du diagnostic et du traitement de ces dernières.

I. - ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

Il est classique de diviser les accidents vasculaires cérébraux en trois groupes :

- 1) les ramollissements cérébraux,
- 2) les hémorragies cérébrales,
- 3) les hémorragies méningées.

A) RAMOLLISSEMENT CEREBRAL :

1) Etiopathogénie :

Le ramollissement cérébral est la nécrose ischémique d'un territoire plus ou moins étendu du cerveau, liée à l'obstruction d'une artère.

L'obstruction artérielle peut être due :

- soit à une thrombose,
- soit à une embolie.

a) La thrombose est le mécanisme le plus fréquent. Dans la constitution de la thrombose, la condition essentielle est représentée par les modifications de la paroi artérielle. Les autres facteurs, tels que l'augmentation de la viscosité sanguine ou le ralentissement du débit circulatoire, jouent un rôle déclenchant.

L'athérosclérose est, de loin, la cause la plus fréquente de thrombose. Elle est responsable, à elle seule, de la grande majorité des ramollissements cérébraux.

La polyglobulie de Vaquez, la maladie de Buerger, la périartérite nerveuse, l'artérite syphilitique sont des causes tout à fait exceptionnelles.

b) L'embolie cérébrale est plus rare que la thrombose.

Le rétrécissement mitral en est la cause majeure. Les embolies cérébrales sont responsables de certains ramollissements cérébraux.

2) Clinique :

★ Le début du ramollissement cérébral est en règle brutal. Il est parfois précédé de prodromes : céphalée, obnubilation, asthénie intense, troubles du caractère, paresthésie des membres ou parésie transitoire.

Il survient souvent le matin au lever ou l'après-midi après la sieste.

★ Selon le siège du syndrome vasculaire, les signes cliniques sont différents.

a) L'occlusion de l'artère cérébrale antérieure à son origine détermine une hémiplégié contralatérale associée à un déficit sensitif prédominant au membre inférieur.

b) L'occlusion de l'artère cérébrale moyenne à son origine entraîne une hémiplégié contralatérale prédominant au membre supérieur et à la face, avec, du même côté, troubles sensitifs (anesthésie et astéréognosie), souvent hémianopsie et aphasia.

L'atteinte des branches antérieures se traduit par une monoplégie avec paralysie faciale, accompagnée souvent d'aphasia.

L'atteinte des branches moyennes donne une mono ou hémiplégié pure sans troubles de la parole.

L'atteinte des branches postérieures se traduit par une aphasia isolée.

c) L'occlusion de l'artère cérébrale postérieure ou de ses branches profondes entraîne une hémianopsie homonyme croisée et souvent une agnosie visuelle.

d) L'occlusion du tronc basilaire est rapidement mortelle. Elle détermine un coma profond, des paralysies bulbaires et une quadriplégie.

e) L'occlusion de l'artère cérébelleuse supérieure se traduit par un syndrome cérébelleux homolatéral associé souvent à des mouvements choréiformes.

f) L'occlusion de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure détermine un syndrome latéral du bulbe ou syndrome de Wallenberg.

g) L'occlusion de la carotide primitive détermine une hémiparésie avec troubles visuels et aphasie en cas de lésion gauche.

h) L'occlusion de la carotide interne donne une symptomatologie analogue.

i) L'obstruction de l'artère vertébrale détermine une hémiparésie croisée avec troubles de la sensibilité profonde et atteinte homolatérale du nerf grand hypoglosse.

3) Traitement par crâniopuncture :

La crâniopuncture s'applique essentiellement aux séquelles motrices et visuelles de la maladie.

Les résultats thérapeutiques varient en fonction de plusieurs éléments :

1) de la durée d'évolution de ces séquelles. En général, ils sont d'autant meilleurs que ces troubles sont d'installation plus récente. Cependant, dans un certain nombre de cas, malgré leur longue évolution, ces séquelles peuvent régresser sous crâniopuncture.

2) du siège de l'obstruction vasculaire. En général, la crâniopuncture donne des résultats moins bons :

- dans l'obstruction des artères profondes que dans celle des artères superficielles,
- dans l'atteinte de l'artère elle-même que dans celle de ses branches.

Elle permet d'obtenir des résultats relativement bons en cas d'atteinte de l'artère cérébrale moyenne ou des branches de l'artère cérébrale antérieure.

Dans l'ensemble, la restauration fonctionnelle est variable suivant la topographie du déficit moteur. Elle est souvent lente pour les muscles extenseurs de l'avant-bras et des doigts.

Elle dépend également du mécanisme étiopathogénique de la maladie. En effet, les différentes causes des lésions vasculaires (thrombose ou embolie) peuvent entraîner des séquelles plus ou moins importantes qui régressent également de façon différente sous crâniopuncture.

B) HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE :

L'hémorragie cérébrale est liée à la rupture d'une artère dans le parenchyme cérébral.

1) Etiologie :

Elle s'observe surtout chez les sujets âgés de 50 à 70 ans. Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. L'athérosclérose diffuse et l'hypertension en représentent les causes majeures.

La malformation vasculaire congénitale est la première cause à évoquer chez le sujet jeune, en l'absence d'hypertension artérielle.

Toutefois, on peut observer des hémorragies cérébrales dans d'autres circonstances :

- les traumatismes crâniens,
- les embolies cérébrales septiques rencontrées au cours des endocardites aiguës ou subaiguës,
- des tumeurs vasculaires du cerveau.

2) Clinique :

★ Le début en règle inopiné est parfois précédé de quelques prodromes qui annoncent quelques heures ou quelques jours plus tôt l'hémorragie cérébrale : céphalée, vertiges, paresthésie des membres...

Il survient souvent après un effort physique intense ou au cours d'un choc émotionnel.

Quoi qu'il en soit, il est d'une extrême brutalité marqué par un ictus apoplectique.

D'emblée est réalisé un tableau clinique associant :

- un coma carus avec respiration stertoreuse,
- une hémiparésie plus ou moins évidente,
- une incontinence d'urines et de matières.

Le pronostic s'apprécie sur :

- le coma léger,
- le coma carus, très profond,
- le coma vigile, avec agitation et délire,
- le coma dépassé.

Selon l'évolution de la maladie, on distingue schématiquement trois périodes :

- période de coma,
- période d'hémiplégie,
- période de séquelles.

3) Traitement par crâniopuncture :

Pendant la période comateuse, le traitement médical traditionnel s'impose d'urgence. Ce n'est qu'au début de la phase de stabilisation (période d'hémiplégie) qui correspond à la reprise de la conscience, qu'on met en œuvre la crâniopuncture.

Les résultats de cette méthode thérapeutique dépendent également de la topographie de l'atteinte vasculaire.

D'une manière générale, ils sont relativement moins bons dans l'hémorragie méningée. Dans l'ensemble, la crâniopuncture donne des résultats qui peuvent être qualifiés de médiocres et d'assez bons. En effet, la récupération fonctionnelle est souvent incomplète, ne permettant pas la reprise de l'activité normale.

C) HÉMORRAGIE MÉNINGÉE :

L'hémorragie méningée est définie par l'épanchement de sang dans l'espace sous-arachnoïdien.

1) Etiopathologie :

Elle est caractérisée :

- sur le plan clinique par l'association d'un :
 - syndrome méningé,
 - syndrome d'irritation corticale ;
- et sur le plan étiologique, par trois causes fréquentes :
 - le traumatisme,
 - l'hypertension artérielle,
 - la malformation vasculaire congénitale.

2) Clinique :

Le début peut être progressif ou brutal. D'emblée ou au bout de quelques heures, est réalisé un tableau associant :

- un coma vigil avec agitation et délire,
- l'absence d'hémiplégie,
- des contractures évidentes ou discrètes,

- une hyperréflexivité ostéo-tendineuse et de défense,
- une inégalité pupillaire inconstante.

3) Traitement par crâniopuncture :

Comme nous l'avons vu, la crâniopuncture ne peut être appliquée qu'à la période de stabilisation. Elle est ici nettement plus active que dans l'hémorragie cérébrale. On assiste à une régression rapide des signes focaux après une seule ou quelques séances de crâniopuncture.

II. - TRAUMATISME CRANIO-ENCEPHALIQUE

Il est classique de distinguer les traumatismes crânio-encéphaliques en deux variétés schématiques :

- les traumatismes crânio-encéphaliques fermés,
- les traumatismes crânio-encéphaliques ouverts.

Les traumatismes crânio-encéphaliques ouverts sont caractérisés par une déchirure intéressant simultanément : le cuir chevelu, le crâne osseux et la dure mère, laissant à découvert les méninges molles et le tissu cérébral.

Les traumatismes crânio-encéphaliques fermés sont caractérisés par l'intégrité de la dure mère.

Dans les traumatismes crâniens ouverts, l'intervention s'impose, mais il est rare que celle-ci soit effectuée en urgence.

Dans les traumatismes fermés, ce sont essentiellement les complications qui sont à opérer, certaines en urgence, d'autres de manière différée. Sur le plan clinique, les traumatismes crâniens entraînent souvent des troubles de la conscience qui constituent l'élément majeur aussi bien du pronostic que des indications opératoires. Ils peuvent déterminer, d'autre part, une atteinte des fonctions motrices qui se traduit, selon l'impact (fracture) du traumatisme par une monoplégie ou une hémiplégie ou une quadriplégie avec ou sans aphasie.

Traitement par crâniopuncture :

La crâniopuncture sera appliquée après la période postopératoire. Elle vise à la récupération de la motricité, de la sensibilité et des fonctions du langage. Dans l'ensemble, elle permet d'obtenir des résultats : relativement bons dans les traumatismes crâniens fermés et moins bons dans les traumatismes ouverts. Les résultats montrent qu'il existe une relation étroite entre l'activité de la crâniopuncture et l'importance des dégâts cérébraux.

III. - ENCEPHALITES

Diagnostic :

Les problèmes de diagnostic des encéphalites se posent de façon très différente suivant les cas. Ainsi, au cours des encéphalites survenues au cours des maladies éruptives, le rattachement des signes neurologiques à l'affection causale est évident. Encore ne faut-il pas méconnaître la possibilité d'une méningite à pyogènes concomitante. Cette association possible impose de pratiquer un examen du liquide céphalo-rachidien en cas de doute. Les encéphalites secondaires à une maladie bactérienne ou parasitaire supposent le diagnostic précis et la mise en évidence de l'agent causal.

Les encéphalites à virus posent des problèmes difficiles en dehors de la notion d'épidémie et d'une donnée géographique précise. D'une manière générale, les encéphalites se traduisent par :

- une hyperthermie,
- une perte de conscience,
- des convulsions,
- et des signes de localisation très variables.

Traitement :

La crâniopuncture sera mise en œuvre pendant la période de stabilisation qui correspond à la reprise à la conscience.

Elle agit sur les séquelles motrices et sensitives. Mais son activité est variable suivant les cas :

- tantôt, elle entraîne une guérison complète avec restauration parfaite des fonctions sensitivo-motrices,
- tantôt, elle amène une amélioration notable,
- tantôt, elle est sans effet, au moins après l'institution d'un traitement de courte durée.

La variabilité des résultats semble démontrer l'existence d'une relation entre les dégâts cérébraux et l'efficacité de la crâniopuncture.

IV. - ACERVULE OU ACERVULUS CEREBRATUS

La crâniopuncture est active sur les troubles moteurs et la baisse de l'acuité visuelle observés dans l'acervule. Elle amène une régression de ces

troubles et permet parfois une restauration fonctionnelle complète.

Principes de traitement :

Pour toutes les maladies que nous avons passées en revue, la crâniopuncture n'est pas un traitement à visée étiologique, mais plutôt un traitement essentiellement symptomatique. Il est donc essentiel d'adapter cette thérapeutique à chaque symptôme de la maladie : c'est le symptôme qui permet de déterminer le choix de la zone de stimulation acupuncturale.

Ainsi, en cas de troubles moteurs, il faut appliquer la crâniopuncture sur la zone motrice controlatérale. En cas de troubles sensitifs, il faut appliquer la crâniopuncture, sur la zone sensitive controlatérale.

En cas de troubles de la vision, il faut stimuler la zone visuelle de façon bilatérale.

En cas d'aphasie motrice, il faut stimuler la zone du langage (I).

En cas d'astériognosie, il faut stimuler la zone du langage (II).

En cas de troubles psycho-moteurs, il faut stimuler la zone psychomotrice.

V. - CHOREE DE SYDENHAM

Est une maladie de l'enfance et de l'adolescence, prédominant chez les filles de 5 et 15 ans. Dans les cas habituels, elle s'installe de façon progressive. Mais parfois elle peut débuter brusquement à la suite d'un choc émotionnel.

Au point de vue clinique, la particularité dominante réside dans les caractères des mouvements choréiques. Ce sont des mouvements involontaires, spontanés, arythmiques, brusques, explosifs, désordonnés, sans but réel, sans synchronisme et sans symétrie.

Ils sont atténués par les efforts de volonté, exagérés par l'émotion et abolis pendant le sommeil. Ils peuvent prendre naissance au niveau de n'importe quel territoire musculaire strié.

Ils prédominent habituellement aux membres supérieurs que l'on voit gesticuler sans cesse.

La face est animée de mouvements incessants de lèvres, de la langue et d'expressions grimaçantes rapidement changeantes.

Aux membres inférieurs, elle atteint surtout les pieds et peut entraîner une gêne fonctionnelle à la marche ou dans le maintien de la position debout. Il existe une diminution des réflexes idiomusculaire et ostéo-tendineux.

Traitement par crâniopuncture :

Dans la forme unilatérale où la chorée est localisée à un hémicorps, il faut appliquer la crâniopuncture sur la zone de la chorée et des tremblements controlatérale.

Dans la forme bilatérale, il faut appliquer la stimulation acupuncturale sur les deux zones de la chorée et des tremblements. L'analyse des résultats permet de tirer les conclusions suivantes :

a) Les effets favorables de la crâniopuncture sont parfois spectaculaires, on assiste alors à une régression complète des mouvements choréiques après une seule séance. Mais en général, ce n'est qu'au bout de 6 ou 7 séances qu'on obtient une amélioration notable.

b) Les résultats sont meilleurs dans la chorée de Sydenham que dans les chorées symptomatiques et les chorées chroniques.

c) La nécessité de consolider les résultats acquis impose de poursuivre le traitement au moins une semaine après la guérison.

Dans les formes typiques, le tableau clinique est constitué par :

- tremblement : c'est un tremblement de repos qui prédomine au membre supérieur où il prend souvent un aspect évocateur comparable au geste de « rouler une cigarette ».
- hypertonie : qui est généralisée et prédomine à la racine du membre. Elle est plastique, cède par à-coups à la mobilisation passive d'un segment de membre (phénomène de la roue dentée).
- Akinésie : qui se traduit par une perte des mouvements automatiques et associés : absence de balancement du bras à la marche, difficulté du retour à l'équilibre, faciès immobile, mouvements rares et lents.
- Démarche pressée évoluant au maximum vers la course (festination) avec déséquilibre en avant donnant l'impression que le « malade court après son centre de gravité ».
- Sialorrhée.

VI. - MALADIE DE PARKINSON

La maladie de Parkinson est caractérisée :

- anatomiquement : par des lésions des noyaux gris centraux,
- cliniquement : par une triade symptomatique :
 - le tremblement statique,
 - l'hypertonie extrapyramidale,
 - l'akinésie.

Il est classique d'opposer : la maladie de Parkinson (ou syndrome parkinsonien idiopathique) aux syndromes parkinsoniens symptomatiques relevant d'une cause bien déterminée :

- virale (encéphalite de Von Economo ou maladie de Heine Medin),
- syphilitique,
- artériopathique,
- traumatique,
- toxique (oxyde de carbone, manganèse, neuroleptiques),
- ou tumorale.

Au début, le diagnostic est délicat et impose un examen neurologique minutieux. A un stade avancé, au contraire le diagnostic est évident dès l'inspection.

Traitement par crâniopuncture :

Dans les formes unilatérales, il faut appliquer la crâniopuncture sur la zone de la chorée et des tremblements controlatérale.

Dans les formes bilatérales, il faut appliquer bilatéralement la stimulation acupuncturale sur la zone de la chorée et des tremblements.

L'expérience clinique a démontré que la crâniopuncture est plus active dans les syndromes parkinsoniens que dans la maladie de Parkinson.

Les résultats obtenus sont, en effet, souvent brillants dans les premiers alors qu'ils restent souvent imparfaits dans la dernière.

VII. - MALADIE DE MENIERE

Elle est caractérisée par l'évolution paroxystique d'un trépied symptomatique :

- vertiges,
- bourdonnements,
- surdité,

dont l'analyse clinique et anatomo-pathologique objective l'origine endo-labyrinthique.

- Les vertiges constituent l'élément spectaculaire. Ils comprennent une sensation de déplacement rotatoire associé à une sensation de déséquilibre et à une sensation angoissante de chute. Ils peuvent être très intenses et

confiner le malade au lit. Ils s'associent à des troubles neuro-végétatifs parfois au premier plan : nausées, vomissements, accès de pâleur, sueur, malaise général du type mal de mer, parfois tendance lipothymique. Le déséquilibre accompagne les vertiges et peut provoquer la chute.

- Les bourdonnements apparaissent ou se renforcent lors de la crise.
- La surdité unilatérale apparaît ou s'aggrave : sensation d'oreille bouchée accompagnée d'une sensation intra-auriculaire caractéristique.

Traitement :

Appliquer la crâniopuncture sur les deux zones vestibulo-cochléaires.

VIII. - DIABETE INSIPIDE

Appliquer la stimulation acupuncturale sur les deux zones sensitivo-motrices du pied.

IX. - ENURESIE

Appliquer la stimulation acupuncturale sur les deux zones sensitivo-motrices du pied.

X. - CEPHALEE PSYCHOGENIQUE

- En cas de céphalée frontale et temporale : puncturer la zone sensitive au niveau de son 2/5 inférieur. La puncture peut être controlatérale ou bilatérale.
- En cas de céphalée pariétale et occipitale : puncturer la zone sensitive au niveau de son 1/5 supérieur. La puncture doit être toujours bilatérale.

XI. - VERTIGES - BOURDONNEMENTS D'OREILLES

Puncturer bilatéralement la zone cochléo-vestibulaire.

XII. - NEURALGIE DU TRIJUMEAU

Puncturer unilatéralement la zone sensitive controlatérale au niveau de son 2/5 inférieur.

XIII. - SCIATIQUE

Puncturer la zone sensitive controlatérale au niveau de son 1/5 supérieur ou la zone sensitivo-motrice du pied controlatérale.

XIV. - EPIGASTRALGIE

Puncturer bilatéralement la zone de l'estomac.

XV. - ASTHME D'ORIGINE ALLERGIQUE

Puncturer bilatéralement la zone du thorax.

XVI. - TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE DE BOUVERET

Puncturer bilatéralement la zone du thorax.

XVII. - PERIARTHRITE SCAPULO-HUMERALE

Puncturer la zone sensitive controlatérale au niveau de son 2/5 moyen.

XVIII. - ARTHRITE TEMPORO-MAXILLAIRE

Puncturer la zone sensitive controlatérale au niveau de son 2/5 inférieur.

XIX. - TENDINITE ACHILLEENNE (du tendon d'Achille)

Puncturer la zone sensitive controlatérale au niveau de son 1/5 supérieur ou la zone sensitivo-motrice du pied controlatérale.

XX. - TRAUMATISME DORSAL RECENT

Puncturer bilatéralement la zone sensitive controlatérale au niveau de son 1/5 supérieur ou la zone sensitivo-motrice du pied controlatérale.

XXI. - URTICAIRE

Puncturer bilatéralement la zone sensitive au niveau de son 1/5 supérieur.

XXII. - MENO-METRRORRAGIE FONCTIONNELLE

Puncturer bilatéralement la zone génitale.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 — COLLEGE DE MEDECINE ORIENTALE DE SHANGHAI
Crâniopuncture in traité d'Acupuncture et Moxibustion, éd. Hygiène du Peuple, Shanghai, 1974.
- 2 — HOPITAL POPULAIRE DE SON TAY :
Traitement par crâniopuncture, Son Tay, 1973.
- 3 — NGUYEN VAN NGHI :
La Crâniopuncture, le Mensuel du Médecin Acupuncteur, 1975, 20, 381-389.
- 4 — ROUSTAN :
L'acupuncture cérébrale, La Nouvelle Revue Internationale, 1973, 30.