

Nguyen Van Nghi
J. Nguyen Viet Bao
R. Trinh (*)

La Craniopuncture dans les Paralysies Périphériques Compressives : Analyse d'une Observation de Paralyse Radio-Cubitale

I. — HISTOIRE DE LA MALADIE

Le 11 mars, M. Pierre F..., âgé de 25 ans, étudiant en informatique à Toulouse, s'endort sur son avant-bras gauche à sa table de travail. A son réveil, il présente une paralysie radio-cubitale avec impossibilité de l'extension du poignet et des métacarpophalangiennes, impossibilité de l'abduction des doigts et petite zone d'hypoesthésie au niveau de la face dorsale du carpe.

● Bilan biologique :

- a) *Examen sérologique* :
Kolmer : négatif
Kline : négatif
U.D.R.L. : négatif
- b) *Numération* :
hématies : 4.650.000/m
leucocytes : 5.700/m
hématocrite : 43 %
hémoglobine : 86 %
valeur globulaire : 0,93
- c) *Formule leucocytaire* :
polynucléaire neutrophile : 48 %
 eosinophile : 2 %
 basophile : 0 %
monocytes : 7 %
lymphocytes : 43 %
- d) *Vitesse de sédimentation* :
1 heure : 2 mn
2 heures : 5 mn
- e) *Biochimie* :
Urée : 0,28 g/l
Glycémie : 1,22 g/l
- **Radio du rachis cervical** :
(antécédent de traumatisme cervical lors d'un accident de voiture, il y a un an)
• rachis cervical normal
- **Electromyogramme** : effectué le 20 mars, par le Dr BENALET, de Toulouse.
- a) *Muscles examinés* : triceps, extenseur com-

mun, radiaux, long supinateur, cubital postérieur, cubital antérieur et éminence hypothénar du côté gauche.

b) *Analyse* : au repos, absence de fibrillation spontanée anormale (mais l'examen a été trop précoce pour que ce signe soit susceptible d'être apparu) ; aux mouvements volontaires, pas d'anomalie significative au niveau du territoire cubital, où le tracé est peut-être un peu pauvre au niveau de l'éminence hypothénar.

Dans le territoire radial, tracé normal au niveau du triceps, tracé neurogène assez riche au niveau du long supinateur ; tracé très pauvre fait d'une seule unité motrice pathologique au niveau du cubital postérieur ; absence de toute activité volontaire au niveau de l'extenseur commun et des radiaux.

c) *Mesure des vitesses de conduction, latence distale, potentiel évoqué* :

	V. C. (mètre/seconde) Aisselle- Coude	L. D. (milli- seconde) Coude- Poignet	P. E. (milli- seconde)
Cubital gauche	52	60	4,6
Radial gauche	> 70		
Normes	40 à 70	2 à 3	≤ 10

La conduction est normale dans le territoire cubital, sauf dans la partie distale où il existe un ralentissement net.

Au niveau du territoire radial, conduction tronculaire normale.

d) *En conclusion* : cet examen, peut-être un peu précoce par rapport au début des lésions, montre des signes prédominant très nettement dans le territoire radial, avec une conservation de la conduction à la stimulation, ce qui paraît un élément de bon pronostic ; il est toutefois trop tôt pour voir apparaître les éléments de gravité. Très légère souffrance dans le territoire

cubital, vraisemblablement banale. On peut donc conclure à une souffrance tronculaire, vraisemblablement ischémique du territoire radial ; un contrôle peut être indiqué dans cinq à six semaines.

● **Le malade suit des séances de rééducation :**

- bain de boue
- massage
- excito-moteur

à raison d'une séance par jour et un traitement médical :

- Betrimax, 4 cp/j
- Elarzone

Ne constatant aucune récupération motrice, le malade nous consulte à Marseille, le 2 avril, et nous entreprenons un traitement par crâniopuncture.

II. — CHOIX DES ZONES CRANIOPUNCTURALES ET PROTOCOLE TECHNIQUE

a) **Choix des zones :**

- Segment moyen de la zone motrice (zone I).
- Rappelons que la zone motrice est constituée par une ligne dont :
 - l'extrémité supérieure se trouve en arrière du point situé au milieu de la ligne médiane antéro-postérieure, c'est-à-dire 0,5 cm de Paé Roé (20 V.G.).
 - l'extrémité inférieure est le point d'intersection de la ligne sourcilo-occipitale de la ligne naturelle antérieure des cheveux sur la tempe.

Cette zone motrice est divisé en 3 segments :

- le 1/5 supérieur correspond au segment moteur du membre supérieur et du tronc.
- le 2/5 moyen correspond au segment moteur du membre supérieur.
- le 2/5 inférieur correspond au segment moteur de la face et du langage (zone du langage "I").

b) **Protocole technique :**

- Malade demi-allongé, tête reposée sur un dossier.

- Désinfection à l'alcool de la zone à puncturer.
- Puncture oblique à la surface de la peau en tournant l'aiguille avec la technique dite "aiguilles croisées" pendant 1' - 3', puis stimulation électrique pendant 10'.
- Vu la distance entre Marseille et Toulouse, nous avons proposé au malade de venir nous voir d'abord tous les 3 - 4 jours pendant trois semaines, puis une fois par semaine.

c) **Rappel physiopathologique :**

Ici il s'agit d'une rupture de la circulation de Yang Ming :

"Si la fermeture est rompue, c'est-à-dire si l'énergie du corps n'arrive pas au Yang Ming, les membres sont paralysés. C'est pourquoi il faut puncturer le méridien Yang Ming, reconnaître si celui-ci est en plénitude ou en vide pour disperser ou tonifier (Nei King Ling Tsrou, chap. 5)."

Par conséquent, les points :

Ro Kou, 4 G.I.

Keu Tcheu, 11 G.I.

sont automatiquement employés à chaque séance.

III. — EVOLUTION DURANT LE TRAITEMENT

L'évolution de l'affection est suivie par des testings musculaires répétés, avant et après chaque séance.

La cotation utilisée est celle de DANIELS - WORTHINGHAM :

- 5 N : Normal - amplitude complète du mouvement contre la gravité avec résistance totale.
- 4 B : Bon - amplitude complète du mouvement contre la gravité avec résistance partielle ou notion de fatigabilité.

- 3 P : Passable - amplitude complète contre la gravité.
- 2 M : Médiocre - amplitude complète du mouvement sans l'élément de gravité.
- 1 T : Trace - évidence d'une contractibilité minime, pas d'action articulaire.
- 00 : Zéro - aucune évidence de contractibilité.

Six mouvements seront plus particulièrement analysés :

- extension du poignet (radial)
- extension des métacarpo - phalangiennes (radial)
- abduction des doigts (cubital)
- extension de la métacarpo - phalangienne du pouce (radial)
- extension de l'interphalengienne du pouce (radial)
- abduction du pouce (radial-médian)

Ces six mouvements se trouvent, lors de la première séance, au stade 00 ou 1 T.

1^{re} séance (2 avril) :

- durant la séance : paresthésies et sensation de chaleur de la face externe du bras.
- aucune récupération motrice n'est notée jusqu'à la deuxième séance.

2^e séance (4 avril) :

- état stationnaire, aucune récupération.

3^e séance (11 avril) :

- 3 heures après la séance, le malade ressent des paresthésies fugaces, douloureuses le long du bras.
- le 16 (5 jours après)
extension du poignet : en l'absence de pesanteur, mouvement de 5 à 10° (2 M —).
- les autres mouvements ne sont pas modifiés.

4^e séance (18 avril) :

- 3 heures après la séance : douleurs et paresthésies le long du bras.
- le lendemain, au réveil :
 - extension du poignet : extension dans l'amplitude du mouvement en l'absence de gravité (2 M). Cette récupération est stable jusqu'à la séance suivante.
 - les autres mouvements ne sont pas modifiés.

5^e séance (22 avril) :

- durant la séance :
 - extension de la métacarpo-phalangienne de l'index : amplitude complète du mouvement sans l'élément de gravité (2 M).
 - récupération non stable : régression au stade antérieur dès le retrait des aiguilles.
- le lendemain :
 - diminution de la zone d'anesthésie dorsale du carpe.
 - extension du poignet : 20° au-delà de la ligne médiane contre la pesanteur (2 M +). Récupération stable jusqu'à la séance suivante.
 - abduction des doigts, extension de la métacarpo-phalangienne et interphalengienne (2 M).

6^e séance (25 avril) :

- durant la séance :
 - extension du poignet : 40° au-delà de la ligne médiane contre la pesanteur (3 P —).
 - extension des métacarpo-phalangiennes = 2 M.
- au retrait des aiguilles :
 - régression au stade précédent (cinquième séance).
- 3 heures après la séance :
 - récupération de l'amélioration des mouvements constatée en cours de séance.

7^e séance (29 avril) :

- durant la séance :
 - extension du poignet : amplitude normale contre la pesanteur (3 P).
 - extension des métacarpo-phalangienne et interphalengienne du pouce (3 P).
 - abduction des doigts (3 P).
 - abduction du pouce : 50 % de l'amplitude du mouvement en l'absence de pesanteur (2 M —).
 - à l'ablation des aiguilles : régression au stade antérieur (6^e séance).
- 3 heures après : récupération de l'amélioration des mouvements constatés en cours de séance.

8^e séance (6 mai) :

- durant la séance :
 - extension des métacarpo-phalangiennes : 50 % de l'amplitude contre la pesanteur (3 P —).
 - abduction du pouce : 50 % de l'amplitude contre la pesanteur (3 P —).
 - à l'ablation des aiguilles : régression au stade antérieur (7^e séance).
- 3 heures après :
 - récupération à (3 P —) de l'extension métacarpo-phalangienne et de l'abduction du pouce.
 - extension du poignet : 4 B : mouvement bon avec résistance partielle et fatigabilité.
 - abduction des doigts : 4 B, notion de fatigabilité.

- **E.M.G.**, effectué le 12 mai, par le Dr BENALET, de Toulouse :

a) *Muscles examinés* : radiaux, extenseur commun, cubital postérieur et éminence hypothénar, du côté gauche.

b) *Analyse* : au repos, absence de toute fibrillation anormale ; aux mouvements volontaires, tracé riche dans tout le territoire radial, mais avec des potentiels amples, à fréquence élevée, tra-

duisant des séquelles neurogènes encore très nettes ; il semble que la richesse soit un peu diminuée au niveau de l'extenseur commun ; à l'éminence hypothénar, tracé assez pauvre, compte tenu de l'effort fourni par le malade.

c) *Mesure des vitesses de conduction, latence distale, potentiel évoqué :*

	V. C. (mètre/ seconde)	L. D. (milli- seconde)	P. E. (milli- seconde)
CUBITAL GAUCHE			
Aisselle - Coude	60	4,2	8,5
Coude - Poignet	65		
RADIAL A L'AVANT-BRAS	40		
NORMES	40	3	10

On constate que la conduction tronculaire, dans le territoire cubital comme dans le territoire radial,

reste normale et que la conduction distale est légèrement améliorée dans le territoire cubital.

A noter que la réponse, pour le calcul de la conduction dans le territoire radial, a été recueillie au tiers inférieur du bras, alors qu'elle l'était au tiers supérieur lors de l'examen de mars 1975.

d) *En conclusion :* on peut donc conclure à une réinnervation tout à fait satisfaisante dans le territoire radial et à des séquelles actuelles mineures.

9^e séance (13 mai) :

- abduction du pouce : amplitude complète contre la pesanteur — (3 P).
- extension du poignet ; mouvement subnormal avec légère fatigabilité (5 N—).
- extension des métacarpo-phalangiennes : amplitude complète contre la pesanteur (3 P).
- abduction du pouce : amplitude complète contre la pesanteur (3 P).
- les autres mouvements ne sont pas modifiés.

Tableau : Evolution sous crâniopuncture.

	Début - 1 ^{re} et 2 ^e séance	3 ^e séance	4 ^e séance	5 ^e séance	6 ^e séance	7 ^e séance	8 ^e séance	9 ^e séance	10 ^e s.
Extension du poignet		2 M —	2 M	2 M +	3 P —	3 P	4 B	5 N —	
Extension des métacarpo-phalangiennes					2 M	2 M	3 P —	3 P	
Abduction des doigts				2 M	2 M	3 P	4 B	4 B	
Extension de la métacarpo-phalangienne du pouce				2 M	2 M	3 P	3 P	3 P	
Extension de l'interphalangienne du pouce				2 M	2 M	3 P	3 P	3 P —	
Abduction du pouce						2 M —	3 P	3 P —	

IV. — COMMENTAIRES

● On se retrouve devant une récupération importante d'une paralysie radio-cubitale sous crânio-somatopuncture en 10 séances. L'évolution de l'affection sous traitement peut se résumer dans le tableau 1. L'évolution spontanée des paralysies périphériques est régressive en un temps plus ou moins loin (de quelques heures à quelques mois). L'action thérapeutique de l'acupuncture est donc difficile à préciser. Cette action peut toutefois être affirmée sur un certain nombre d'arguments.

1. — **L'amélioration immédiate sous puncture** qui a été constatée au cours des séances 5, 6,

7 et 8. Un testing musculaire pratiqué sous acupuncture montre une amélioration d'un demi à un degré de l'échelle DANIELS et WORTHINGHAM sur certains mouvements.

2. — **Les caractères de la récupération après la 4^e séance.** Cette récupération est :

constante : après chaque séance, on note une amélioration nette d'un ou plusieurs mouvements.

précoce : se produisant au plus tard le lendemain de la séance, et donc en rapport évident avec elle.

stable : c'est-à-dire sans amélioration ou régression (hormis le phénomène de rebond, que nous analysons plus loin).

En conclusion :

L'évolution de l'affection a véritablement été rythmée par les séances, avec :

- une amélioration constante à chaque séance après la 4^e ;
- un état stable, en plateau, entre chaque séance, ce qui permet d'éliminer la coïncidence avec une évolution spontanément régressive de la paralysie.

● Un certain nombre de points restent à préciser :

1. — Le temps de latence avant l'apparition d'une récupération.

On constate, en effet, que la première et la deuxième séance ne sont suivies d'aucun effet. L'amélioration à la troisième séance (extension du poignet à 2 M—) n'est apparue que 5 jours après.

Ceci est en fait assez banal en acupuncture, surtout dans les affections chroniques.

2. — Le phénomène du rebond.

Il s'agit d'un phénomène particulièrement net au cours des séances 5, 6, 7 et 8, où l'on note successivement :

- une amélioration sous crâniopuncture,
- une régression à l'ablation des aiguilles,
- récupération environ 3 heures après la séance.

Ce phénomène est d'interprétation difficile, mais

il nous semble intéressant dans la mesure où il permet d'infirmier un effet placebo des aiguilles qui serait stable dès la fin de la séance (régression ou stabilisation).

3. — Les paresthésies.

Elles ont été notées à toutes les séances sous la forme de picotement, sensation de chaleur, étirement... Il faut, en fait, distinguer :

- Les paresthésies per-puncturales qui sont directement en relation avec la crâniopuncture, et fréquemment (mais non constamment) décrites par les malades, mais sans valeur pronostique.

- Les paresthésies post-puncturales qui surviennent dans la soirée, ou les jours suivant la séance, qui semblent davantage liées à la fatigue musculaires, entraînée par les testings et la récupération motrice.

4. — La durée du traitement.

Nous n'avons pas respecté, pour des raisons pratiques, les règles conseillées par les auteurs chinois quant au protocole thérapeutique. Ceux-ci proposent en effet des séries de dix séances, à raison d'une séance par jour.

Du fait de la constance de la réponse, il nous semble que l'efficacité du traitement aurait été tout aussi satisfaisante avec l'application des règles chinoises. La durée du traitement aurait ainsi pu être sensiblement raccourcie.

**

Le malade a été revu le 4 juin, c'est-à-dire un mois après la dernière séance : récupération totale des mouvements du poignet et des doigts.