

# Langue et ventilation : échec et mat\*

Richard NICOLLAS\*\*

Hôpital de la Timone Enfants, Service ORL pédiatrique, 264 Rue Saint-Pierre, 13385 Marseille Cedex 5, France

**MOTS CLÉS :**  
Langue / Ventilation /  
Malocclusion

**KEYWORDS:**  
Tongue / Ventilation /  
Malocclusion

**RÉSUMÉ** – Depuis les travaux de l'école fonctionnaliste (Ricketts, Linder Aronson, Gola...), la prise en compte des fonctions, et plus particulièrement de la ventilation en ODF semble aujourd'hui généralisée. L'intrication ventilation/croissance/fonction linguale/malocclusions n'est plus à démontrer. Cependant, si le diagnostic ORL d'un défaut ventilatoire et de son étiologie est désormais classique, sa prise en charge ne suffit pas toujours à assurer un environnement fonctionnel favorable à la stabilité orthodontique malgré une rééducation associée. Parfois même, certains traitements chirurgicaux très invasifs aggravent la situation initiale.

**ABSTRACT** – *The tongue and ventilation: a recipe for failure? Since publication of the studies by the functionalist school (Ricketts, Linder-Aronson, Gola...), the role of function, and ventilation in particular, appears to be taken more widely into account. The close interconnection of ventilation / growth / lingual function and malocclusion is now evident to all. However, although an ENT diagnosis of a ventilation defect and its etiology is now standard practice, treatment of the condition is not always sufficient to ensure a functional environment conducive to orthodontic stability, even when rehabilitation is prescribed. In some instances, certain highly-invasive surgical treatments can even exacerbate the initial situation.*

## 1. Examen clinique et diagnostic

La première étape de la démarche diagnostique de l'orthodontiste est le questionnaire médical. Celui-ci se doit de comporter les questions relatives à la ventilation, comme largement développé par Talmant.

Suite à cet interrogatoire, l'orthodontiste inclura dans son examen clinique les éléments de dépistage de dysfonctions ventilatoires tant au niveau exo-buccal (faciès adénoïdien entre autres) qu'au niveau endo-buccal et du comportement neuro-musculaire (Romette).

Les tests cliniques tels que ceux de Gudin ou de Rosenthal ou encore de la dilatation narinaire sont simples à réaliser de façon systématique.

Les examens radiologiques standards (téléradiographie de profil et orthopantomogramme) doivent

être précisément analysés en ce qui concerne la sphère aéropharyngée. Ils complèteront le diagnostic et pourront aider à différencier une étiologie dysmorphique de l'obstruction nasale d'une dysfonction.

Ce diagnostic positif permettra donc d'apprécier la nécessité d'orienter le patient soit chez un ORL soit chez un orthophoniste en première intention.

En effet, la première cause d'échec de rééducation des praxies oro-myo-fonctionnelles est l'absence de prise en charge d'un obstacle anatomique à la ventilation nasale.

## 2. Prise en charge pluridisciplinaire

Suite à l'orientation du patient vers l'ORL, celui-ci réalisera un interrogatoire médical, un examen clinique, complété si besoin par des éléments d'imagerie afin d'objectiver l'étiologie de l'obstruction nasale.

Le questionnaire médical concernera particulièrement les autres symptômes rhinologiques rapportés tels la rhinorrhée antérieure (écoulement

\* Retrouvez l'intégralité de la communication orale de Richard Nicollas le vendredi 13 mai 2016 lors de la 88<sup>e</sup> réunion scientifique de la SFODF à Marseille.

\*\* Auteur pour correspondance : richard.nicollas@ap-hm.fr

nasal par le vestibule nasal), la rhinorrhée postérieure (en arrière du voile), des douleurs, l'épistaxis, des troubles du goût et de l'odorat et des éternuements.

Toute obstruction nasale nécessite une nasofibroscopie à la recherche d'une tumeur afin d'aller examiner l'ostium du sinus maxillaire (ou méat moyen), l'aspect des cornets et le cavum.

Des épreuves fonctionnelles peuvent être réalisées comme la rhinomanométrie (antérieure) afin de quantifier la résistance des voies nasales à l'écoulement de l'air (avec et/ou sans vasoconstricteur).

Le scanner est utile afin de bien visualiser l'os, les sinus aérés et les tissus mous.

Un bilan allergique est parfois indiqué, chez un allergologue, avec, après interrogatoire, examens sanguins, tests épicutanés, cytologie nasale avec comptage des éosinophiles (par écouvillonnage au niveau de la fosse nasale, afin de faire un diagnostic spécifique de NARES = rhinite à éosinophile non allergique).

D'autres causes anatomiques non tumorales peuvent expliquer une obstruction nasale : le collapsus des ailes du nez, la sténose narinaire cicatricielle, des déviations septales (obstruction nasale chronique)...

Enfin, d'autres causes, comme la polypose nasosinusienne (polype translucide comme une grappe de raisin au sein des fosses nasales, phénomène chronique dont l'étiologie précise est indéterminée), les NARES (Non Allergic Rhinitis with Eosinophilic Syndrom) ou autres causes non allergiques non éosinophiliques (rhinite vasomotrice répondant bien à un traitement vasoconstricteur) peuvent être mises en cause.

Cette démarche diagnostique clinique, étiologique et différentielle doit évidemment être conduite avec rigueur et les étiologies multiples traitées conjointement afin d'assurer la réussite du traitement.

La prise en charge ORL dépendra de ce diagnostic et peut aller d'une médication locale sous forme de spray nasal à base de corticoïdes à des actes chirurgicaux variés.

La réévaluation du traitement est toujours nécessaire et permet d'adapter ce dernier en cas de réponse partielle ou d'inefficacité.

Ici se trouvent deux points pouvant être à l'origine de résultats insatisfaisants : l'observance du traitement par le patient et sa motivation au suivi au long cours.

La plupart des dysfonctions ventilatoires persistent après la levée de leur étiologie ORL. Comme le dit Gola, « l'adulte garde toute sa vie les stigmates de cette obstruction nasale passagère ». Une rééducation orthophonique ou kinésiologique est indispensable.

Elle sera d'autant plus difficile à obtenir que le patient est adulte, c'est-à-dire que l'adaptation fonctionnelle et les engrammes cérébraux sont anciens.

Certaines malocclusions rendent impossible la récupération d'une ventilation nasale optimale. C'est le cas par exemple des endognathies maxillaires sévères. Il est alors difficile d'objectiver si elles sont la cause ou la conséquence de l'obstruction nasale. Leur traitement devra donc être concomitant à la prise en charge ORL et/ou rééducative.

Devant certains tableaux dysfonctionnels ventilatoires pour lesquels le traitement ORL conventionnel ne suffit pas du fait d'une difficulté de fermeture labiale sans contrainte, une génioplastie fonctionnelle de réduction verticale et de transposition antérieure avec suture musculaire du muscle mentalis sans tension peut être proposée avant la fin de la croissance pubertaire. La génioplastie sera suivie d'une rééducation neuromusculaire de la langue et de la sangle labiomentonnière au repos et en fonction.

L'espace respiratoire en fin de traitement combiné ORL, ODF, chirurgie maxillo-faciale (génioplastie) et rééducation kinésiologique peut alors être augmenté.

Les polysomnographies réalisées avant et après la génioplastie semblent révéler une amélioration des événements respiratoires avec disparition de la ronchopathie.

Le cas clinique présenté en conférence mettra en exergue la nécessité absolue d'une prise en charge pluridisciplinaire des dysfonctions ventilatoires afin d'éviter les échecs de leur traitement.

Enfin, nous présenterons les effets secondaires possibles de certaines prises en charge trop invasives sur des terrains psychologiques particuliers voire prédisposés comme le syndrome du « nez vide ».

D'autres exemples cliniques viendront compléter cette présentation.