

Échecs et rééducation linguale*

Noëlle ARNAUD-PELLET**

Hôpital de la Conception, Service de Chirurgie Maxillo-Faciale, 147 boulevard Baille, 13005 Marseille, France

MOTS CLÉS :

Échec /
Rééducation linguale /
Orthophonie

RÉSUMÉ – Face à des dysfonctions ou parafunctions difficiles à éradiquer, la prise en charge orthophonique est le plus souvent une alliée pour maîtriser l'environnement fonctionnel des arcades dentaires. Cependant, certains facteurs allant de la psychologie à l'obstacle ORL anatomique, de l'anomalie génétique au geste iatrogène, peuvent expliquer des résultats parfois en demi-teinte de cette dernière. Parfois aussi, ce sont nos propres résultats thérapeutiques qui sont mis en échec voire détruits par une langue récalcitrante ou mal prise en considération. À travers une analyse des facteurs en jeu et la présentation de cas cliniques, l'auteur propose une réflexion sur cet organe parfois moteur, parfois destructeur des traitements.

KEYWORDS:

Failure /
Tongue rehabilitation /
Speech therapy

ABSTRACT – *Failures and tongue rehabilitation. When confronted with difficult-to-eradicate dysfunctions and parafunctions, speech therapy most often proves a reliable ally to control the functional environment of the dental arches. However, a number of factors ranging from psychological issues to anatomical ENT obstructions, from genetic anomalies to iatrogenic procedures, account for the occasional mixed results achieved using this approach. In addition, our own treatment results can also be jeopardized or even obliterated by a recalcitrant tongue or one which has been inadequately provided for. The author will analyze the different factors involved through a series of clinical cases in order to outline her thinking regarding this organ, which can be either a driving force behind our treatments or a force for destruction.*

1. Écueils et limites dans certaines prises en charge (de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte)

1.1. Échecs et difficultés de compréhension de consignes (handicap/dyspraxie)

Les exercices demandent une régularité dans la pratique, un auto-conditionnement pour contrôler la langue (au repos et en fonctions) à différents moments de la journée et le soir avant de s'endormir. Il est parfois difficile d'obtenir cette participation du patient. La famille quant à elle est déjà beaucoup sollicitée pour d'autres prises en charge et ne peut pas faire plus.

* Retrouvez l'intégralité de la communication orale de N. Arnaud-Pellet le vendredi 13 mai 2016 lors de la 88^e réunion de la SFODF à Marseille.

** Auteur pour correspondance : noelle.arnaudpellet@sfr.fr

1.2. Échecs et manque de sérieux dans le travail, arrêt avant le terme de la rééducation malgré le « contrat » oral passé avec le patient lors de sa demande de prise en charge

Après tout bilan avec un enfant, la carte de visite du praticien lui est remise et on lui demande de téléphoner quand il sera prêt à commencer la rééducation. Certains sont motivés et s'engagent avec leur parole, d'autres subissent les pressions de l'entourage mais ils n'ont pas forcément envie de s'impliquer. Puisqu'ils téléphonent, la rééducation va commencer mais très vite le rythme va s'essouffler et nous allons faire le point au bout de cinq séances pour arrêter ou nous fixer un nouvel objectif avec cinq séances supplémentaires, en fonction du choix de l'enfant, seul avec le praticien en séance.

Certains ont parfois la nécessité de marquer une pause, afin de faire face au quotidien trop intense

pour eux. Puis, trois mois après, la rééducation redémarre.

1.3. Échecs fonctionnels

– En présence d'une dysfonction ventilatoire :

- Pathologies ORL récidivantes chez le petit enfant : otites sèches ou séro-muqueuses, rhinites allergiques ou pas, angines, bronchites, toux sèche (RGO ?).
- Mauvaise hygiène nasale/mouchage sans alterner les narines : un mauvais mouchage avec les deux narines simultanées peut entraîner l'apparition d'otites séro-muqueuses par auto-insufflation dans le cas où l'encombrement nasal ne permet pas l'expulsion du mucus par le nez quand l'enfant souffle. Parfois, avant tout, il est nécessaire d'apprendre à l'enfant à souffler par le nez.
- Hypertrophie des végétations adénoïdes, des amygdales (ronchopathies/apnées) : l'encombrement du carrefour aérien postérieur empêche le passage de l'air dans la chaussette ventilatoire (d'après Talmant) : nez/pharynx/trachée/poumons.
- Allergies respiratoires : pollens/poussières/acariens/poils d'animaux, asthme. Dans notre région et d'une manière générale, on constate une évolution des allergènes avec un caractère de résistance aux traitements qui est plus marquée. Parfois, l'enfant jeune présente tous les symptômes de l'allergie et les tests sont négatifs. C'est trop tôt pour le dépistage et la future éventuelle désensibilisation.
- Tabagisme passif ou du patient : le tabagisme passif n'a pas toujours été pris en compte dans le développement des pathologies ORL de l'enfant, mais l'on rencontre aussi des adultes non-fumeurs qui, lors de réunions professionnelles confinées, ont subi de graves dommages de leurs voies respiratoires.

– En présence des rapports de volume entre la langue et la cavité buccale :

- Hypertrophie des amygdales sans angines fréquentes. Sans forcément présenter le minimum de quatre angines/an (ARS), il peut être intéressant dans certaines situations bien ciblées et après réflexion de se poser la question sur l'encombrement lié aux amygdales qui poussent la base de langue (en position de-

bout) et qui encombrent le carrefour postérieur (en décubitus dorsal).

- Macroglossie relative, dystonie linguale : langue très étalée/indentée et parfois dans un contexte de dysfonction thyroïdienne (chez l'adulte) qui peut majorer la dystonie. La prise d'antidépresseur peut aussi jouer son rôle dans le relâchement global du tonus musculaire dont celui de la langue.

– En présence de parafunctions qui perdurent :

La bouche est une « soupape émotionnelle », c'est la source de plaisir et de vie du tout petit. Le jeune fœtus expérimente déjà, in utero, par voies réflexes (réflexe de Hooker), dès la 11^e semaine de gestation, la déglutition du liquide amniotique (Couly). Progressivement, les trains de « succion/tétée » vont apparaître.

Entre le début et la fin du 9^e mois, il déglutit le liquide amniotique en moyenne de 1l à 2l/j.

Dès la naissance, la succion/tétée va nourrir et rassurer le tout petit. Quand tout se passe bien, le langage va progressivement se mettre en place : évolution parallèle entre l'oralité alimentaire et l'oralité verbale (Couly).

Ainsi, la bouche va devenir un carrefour où la nourriture « entre » et la parole « sort ». Parfois la nourriture ne peut pas entrer... (troubles de l'oralité alimentaire). Parfois la parole ne peut pas ou ne va pas sortir car le sujet n'ose pas. Ça « bloque ». Il a peur de faire de la peine, il appréhende les réactions de son interlocuteur, parfois « ça ne se fait pas de dire ça », parfois il sait que, même s'il parle, il ne sera pas cru... donc le petit être en devenir va apprendre à « la fermer », à « la boucler », à « tourner 7 fois sa langue dans sa bouche », à « se mordre la langue plutôt que de dire », à avancer en « serrant les dents » dans le monde de l'adolescence puis des adultes.

Ces parafunctions qui perdurent sont la conséquence ou le reflet d'un dysfonctionnement psycho-affectif du sujet dans une société exigeante où il faut être à la hauteur sans décevoir l'entourage ou ses propres attentes. Le recours à des substituts du réflexe archaïque de la succion/tétée va être avant tout une recherche de sécurité :

- Les succions (pouce/autres doigts/sucette/doudou) qui auraient dû s'arrêter avant le début de la prise en charge et qui ont continué

ou repris. De même qu'il n'est pas envisageable de commencer un traitement ODF avec une succion qui persiste, il n'est pas possible de mettre en place une rééducation linguale afin d'obtenir une élévation de la langue au palais au repos avec une succion qui la maintient vers le bas.

La succion/frottement de la langue sur la papille rétro-incisive en arrière des 11/21 n'est pas remarquée par l'entourage, parfois on l'observe dans des familles où : « il n'y a pas de succion du pouce ou de la tétine chez nous » ! (proalvéolie incisive/prognathie du prémaxillaire, lyses osseuses sur les incisives maxillaires à l'âge adulte).

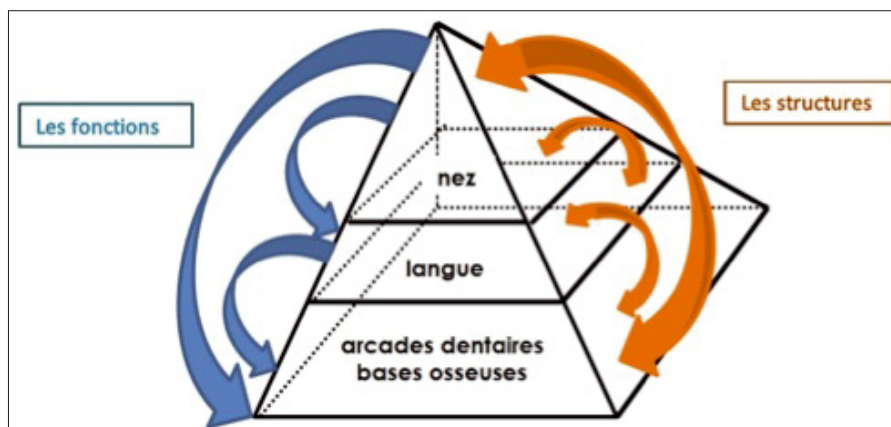
- L'onychophagie qui peut être responsable d'une occlusion inversée sur une ou deux dents. L'onychophagie qui permet de « ronger », avec la langue qui pousse. Le regard de la société plus tolérant, « il/elle est nerveux/nerveuse, stressé(e) ». « Il ronge ses ongles comme son père/sa mère. »
- Le mordillement de l'intérieur des lèvres sur les côtés, vers les commissures (malocclusion des 13/23) qui passe beaucoup plus inaperçu.
- La « pompe à vide » persistance de la succion/tétée : action des buccinateurs dans les secteurs molaires associée à la poussée linguale antérieure (l'arcade maxillaire se referme), parfois présence de linea alba dans la ou les joues.
- Mordillement pouvant aller jusqu'à la morsure de l'intérieur des joues ou mordillement des bords de la langue lors de tâches cognitives : béance latérale (uni ou bilatérale).
- Serrement dans l'espoir de trouver une hypothétique congruence des arcades, dans le cadre d'instabilité occlusale ou pour « piéger la langue » quand on ne sait pas « où la mettre ».
- Par contre, la langue est parfois utilisée comme moyen de retrouver de la hauteur occlusale dans les supraclusies ou les endomaxillies. Elle favorise ainsi des infraalvéolies.
- Serrement de l'étudiant en période d'examen ou du jeune professionnel qui entre dans la vie active, qui met à mal de nombreuses gouttières d'interception. . .

1.4. Échecs structurels

- Anomalies génétiques : atrophie/atteinte des arcades, agénésies multiples, ankyloglossie/ ptose linguale.
- Asymétrie faciale : contraintes liées à la position *in utero* (circulaire du cordon, torticollis congénital) ou à l'accouchement (forceps, ventouse, fêlure/fracture de clavicule, dystocie d'épaule).
- Déviation septale traumatique (lors de l'accouchement ou lors d'un impact).
- Chirurgie plastique du nez (chez le jeune adulte) avec parois des cornets partiellement collabées.
- Geste chirurgical invasif avec « sensation du nez vide » et donc aucune sensation de résistance de la valve nasale lors de l'inspiration nasale.
- Réduction du volume de la boîte à langue : extraction des 14/24 dans des cas de rétrognathie mandibulaire, parfois ronchopathies avec apnées favorisées dans ce contexte avec l'âge.

2. Objectifs

- 1) Restaurer l'équilibre des fonctions : ventilation nasale/position linguale au repos/déglutition (de la salive, des boissons, des aliments solides avec une fonction incisive pour couper devant et une mastication unilatérale alternée) et en phonation (points d'articulation).
- 2) Obtenir puis stabiliser la neutralité des forces exercées autour des arcades :
 - Pas de forces centrifuges sur les arcades grâce à :
 - la ventilation naso-nasale de repos ;
 - la position de la langue au repos en arrière des crêtes palatines ;
 - la suppression des trains de succion/tétée notamment lors de la déglutition de la salive. Le patient a tendance à vouloir « décaper » sa bouche à chaque déglutition car pour lui le référent du confort est la bouche sèche (souvent ouverte ou entre-ouverte). Il devra progressivement accepter l'ambiance d'une bouche humide où de la salive peut rester. Dans la mesure où il ne postillonne pas sur son interlocuteur ou il ne se bave pas dessus, la quantité de salive est bien gérée. Amélioration de la proprioception intra-buccale, diminution du tartre notamment sur les incisives mandibulaires, prévention gingivale.



Pas de forces centripètes sur les arcades grâce à :

- la neutralité des forces exercées par les lèvres : arrêt des mordillements/pincements entre les deux arcades dans un contexte de lèvres sèches ou desquamées ; habitude plutôt féminine qui consiste à étaler en permanence un hypothétique baume à lèvres après s'être parfois léché(e) ;
 - la neutralité des forces exercées par les joues : arrêt des mordillements, aspirations de l'une ou des deux joues ;
 - la « pompe à vide » associée parfois en alternance avec le bruxisme ou *clenching*.
- 3) Prise de conscience que « c'est la langue qui tient la mandibule en suspension » et non pas « la mandibule qui serre pour piéger la langue » quand le patient ne sait pas « quoi faire de sa langue ». La langue est au repos en haut de la cavité buccale, ce qui n'est pas forcément évident pour nous « terriens » où le relâchement s'exerce vers le bas ; donc expliquer la notion de repos comme une disponibilité musculaire de la langue en attente d'une éventuelle mobilisation, qui ne pourra s'effectuer qu'avec l'entraînement coordonné des 17 muscles de la langue.
- 4) Prise de conscience des positions corporelles, des attitudes d'appuis de la tête et de la mandibule au repos ou au travail (ordinateur), position de sommeil.
- 5) Prise de conscience des interactions des fonctions et des structures dans la « pyramide

fonctionnelle » constituée par le nez/la langue/les arcades dentaires/les bases osseuses (Figure).

3. Présentation de cas cliniques

Lors de la conférence, des cas cliniques seront présentés notamment sur la récurrence d'un traitement orthodontico-chirurgical avec une rééducation linguale et sur la difficulté de fermeture d'une béance antérieure (biproalvéolie), avec un suivi orthophonique d'un an, arrêté puis repris presque deux ans après.

4. Conclusion

Cette prise en charge prend du temps, à raison d'une fois tous les 15 jours pendant 15 séances puis d'un suivi mensuel qui s'espace encore dans le temps. En tout, il s'agit environ de 18 mois de prise en charge :

- pour rendre le patient conscient de ses dysfonctions et lui permettre de les évaluer en termes de fréquence et d'intensité,
- pour l'accompagner dans la prise de conscience de l'interaction des fonctions oro-myo-faciales,
- pour lui donner les outils efficaces, afin qu'il soit capable de progresser et qu'il soit autonome dans la modification du comportement de sa sphère oro-faciale et qu'il puisse, à terme, obtenir une stabilité des traitements entrepris.