

Le rôle du rééducateur

Le rééducateur, orthophoniste ou kinésithérapeute, a le plus souvent besoin d'une formation complémentaire à sa formation initiale pour pouvoir réaliser les rééducations des fonctions oro-faciales.

Maryvonne Fournier - Kinésithérapeute rééducatrice

Une rééducation complète demande en général vingt séances d'une demi-heure, à raison d'une fois par semaine au début, puis tous les quinze jours, et enfin tous les mois. Le prescripteur doit recevoir un bilan initial complet et un bilan de fin, signalant les progrès, les réussites ou les échecs de cette rééducation.

Cette rééducation consiste pour nous, à modifier tout d'abord le comportement lingual et ses praxies de façon définitive. Il faut savoir que dans la majorité des cas de ventilation orale, la pointe de langue est en position erronée.

Physiopathologie

À la naissance, la pointe de la langue s'immisce entre les arcades dentaires. Normalement, la langue commence à reculer dès le cinquième mois, pour prendre une position verticale, pointe sur les papilles rétro-incisives, entre le sixième et le huitième mois.

À deux ans, la langue doit avoir pris cette position de repos automatiquement et définitivement, 24 heures sur 24, au cours de la déglutition et à la prononciation des palatales D, N et T.



Bénance antérieure.



Classe III.

Lorsque ce n'est pas le cas, la langue peut passer entre les arcades, positionnement responsable en partie de bénances antérieures plus ou moins profondes. Si elle repose sur les incisives supérieures, ce positionnement sera en partie responsable de proalvéolie supérieure. Lorsque la langue est très basse, lovée sur le plancher buccal, ce positionnement sera en partie responsable des classes III. La langue peut encore avoir une autre position erronée, celle des classes II division 2 : sa pointe est alors piquée sur le plancher buccal, son dos est appuyé sur le palais, et elle s'étale latéralement pouvant provoquer des bénances latérales.

Lorsque ce n'est pas le cas, la langue peut passer entre les arcades, positionnement responsable en partie de bénances antérieures plus ou moins profondes. Si elle repose sur les incisives supérieures, ce positionnement sera en partie responsable de proalvéolie supérieure. Lorsque la langue est très basse, lovée sur le plancher buccal, ce positionnement sera en partie responsable des classes III. La langue peut encore avoir une autre position erronée, celle des classes II division 2 : sa pointe est alors piquée sur le plancher buccal, son dos est appuyé sur le palais, et elle s'étale latéralement pouvant provoquer des bénances latérales.

Cette position de repos peut se rééduquer parfaitement, de trois ans jusqu'à un âge avancé, à l'aide d'exercices faits quotidiennement.

Mais nous devons conjointement corriger les troubles de la ventilation nasale lorsqu'ils existent. En effet, la ventilation physiologique, celle du nouveau né est purement naso-nasale : inspirer par le nez, et expirer par le nez.

Nous obtenons une ventilation nasale dans 50 % des cas dès la première séance à condition que la langue soit en posture normale



Respirateur buccal qui ferme la bouche dans la journée pour ne pas avoir l'air "idiot".

Cette ventilation physiologique va être perturbée

Premièrement, par la pointe de la langue qui ne prend pas sa place sur les papilles rétro-incisives. Quand la langue est en position basse entre un et deux ans, lorsque l'os hyoïde est descendu à un niveau trop bas (4^e vertèbre cervicale), la partie postérieure de la langue bloque le parcours aérien supérieur empêchant totalement ou en partie la ventilation nasale.

Deuxièmement, par les obstructions nasales chroniques qui imposent une position basse de la langue, nécessaire pour permettre la ventilation orale de suppléance. L'obstruction peut être d'origine muqueuse comme dans les rhinites chroniques ou squelettique comme dans les insuffisances transversales maxillo-nasales.

Troisièmement, par la position érigée au cours de laquelle le diaphragme se mobilise mal, les muscles abdominaux étant trop faibles. Chez le nourrisson la ventilation naso-nasale est toujours associée à une ventilation diaphragmatique.

EXAMEN DE LA VENTILATION ANAMNÈSE

Le patient a-t-il la bouche ouverte en permanence? Le patient a-t-il la bouche ouverte uniquement la nuit? Dans la journée il ferme souvent la bouche pour ne pas avoir « l'air idiot ». Le patient ronfle-t-il? Fait-il des apnées du sommeil? Le patient a-t-il des problèmes?

ORL : rhinopharyngites à répétition, rhinopharyngite qui dure plus de trois jours, otites séreuses, otites infectieuses, sinusites, angines, bronchites?

LE TEST DE ROSENTHAL : on demande au patient de respirer par le nez quinze fois de suite tranquillement (cela ne doit pas être une hyperventilation) et on regarde ce qui se passe.

Pour que le test soit bon, le patient ne

doit pas avoir besoin d'ouvrir la bouche avant la fin du test, il ne doit pas présenter d'accélération du pouls, il ne doit pas respirer avec les respirateurs accessoires (en soulevant les épaules), il ne doit pas présenter de taches rouges sur les pommettes ni blêmir, il ne doit pas présenter de signe d'alcalose (léger vertige ou céphalée).

La rééducation

En pratique lorsqu'un patient est adressé pour une rééducation ventilatoire, nous obtenons une ventilation nasale dans 50 % des cas dès la première séance à condition que la langue soit en posture normale : au palais. Pour les autres cas, ce sera beaucoup plus compliqué. Il faut obtenir une bonne perméabilité des cavités nasales. Il va falloir agir pour améliorer le nettoyage nasal, l'ouverture des ailes du nez, et mettre en œuvre des exercices de ventilation naso-nasale à l'effort.

Immaturité de la ventilation

Un patient sur dix présente une immaturité de la ventilation. Il ignore totalement la différence entre inspirer et expirer. On le fait donc souffler sur sa main avec la bouche, puis avec le nez. On le fait éteindre une bougie avec la bouche puis avec le nez. On le fait souffler sur une balle de ping-pong ou on lui fait tenir une feuille de papier à cigarettes sous une narine au cours de l'inspiration.

Nettoyage des cavités naso-nasales

Il faut souvent apprendre aux patients, enfants ou adultes, à se moucher. La pointe de la langue doit être sur les papilles rétro-incisives quand on souffle dans le mouchoir : Une narine d'abord, l'autre ensuite. Le nettoyage postérieur s'effectue la pointe de la langue posée sur le palais, respiration uninarinaire alternée, en ne changeant de narine que pour souffler.

Ouverture des ailes du nez

La langue étant en bonne position, demander au sujet d'inspirer tranquillement en ouvrant les narines. Si cela ne fonctionne pas, il faut masser en rond les ailes du nez, pincer le nez au niveau de la valve, faire plusieurs petits pompages au niveau de la racine des ailes du nez, faire faire un sourire forcé, faire descendre la lèvre supérieure en force, faire monter la lèvre inférieure en l'appuyant fortement sur la lèvre supérieure. Lorsque le patient arrive à ouvrir ses narines dix fois de suite facilement, on lui demande de gonfler le ventre en même temps, ce qui est alors très facile.

Travail à l'effort

Le patient doit être capable de faire de l'endurance (couse, vélo...) en inspirant par le nez et en soufflant par le nez. On commence par un exercice facile : on demande au patient de balancer les bras de bas en haut et de haut en bas rapidement, en respirant lentement uniquement par le nez. On va progresser avec des exercices de plus en plus difficiles, jusqu'à la course à pied, ce qui est parfaitement possible quel que soit l'âge.

EXAMEN ET CORRECTION DES AUTRES POSTURES ET HABITUDES

Nous devons aussi nous intéresser à toutes les postures présentant des anomalies :

- position défectueuse de la tête sur le cou,
- attitude scoliotique ou une scoliose,
- anomalie de voûte plantaire,
- appui podal droite-gauche non équilibré
- appui podal trop postérieur (classe III),
- appui podal trop antérieur (classe II).

Nous devons enfin supprimer les habitudes nocives :

- succion du pouce ou des doigts,
- têtage de la langue,
- mordillement de la lèvre supérieure ou inférieure,
- mordillement de l'intérieur de la joue,
- onychophagie,
- bruxisme centré ou excentré.

En conclusion

Le rôle du rééducateur est large et la rééducation de la ventilation naso-nasale en est un pilier important. Elle est très souvent efficace à condition de travailler de concert avec les autres thérapeutes et d'établir une relation de coopération avec le patient.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. CHAUVOIS A, FOURNIER M, GIRARDIN F. Rééducation des fonctions dans la thérapeutique orthodontique. La bibliothèque orthodontique- Ed SID. 1991.