

RÉSUMÉ :

La rééducation fonctionnelle post-chirurgicale de la région oro-faciale implique de plus en plus les orthophonistes.

En effet, la chirurgie musculaire labiale tend à profiter de l'acquis des orthophonistes, de leur savoir-faire technique pédiatrique, pour proposer aux enfants et à leurs parents une rééducation post-opératoire spécifique.

MOTS-CLÉS :

Pluridisciplinarité - Pédiatrie - Chirurgie labiale - Orthophonie - Rééducation neuro-musculaire - Praxie.

APPROCHE ORTHOPHONIQUE DANS LA CHIRURGIE LABIALE

par Catherine THIBAUT

Catherine THIBAUT
Orthophoniste-Psychologue

Service de Stomatologie et de
Chirurgie Maxillo-Faciale
Pédiatrique du Professeur
Gérard COULY

Dr Alexis DIONYSOPOULOUS
Dr Taïeb TSOURIA
Dr Sélim BENNACEUR

Hôp. NECKER-ENFANTS MALADES
149 rue de Sèvres
75015 PARIS

SUMMARY : *Speech and Language therapy after lip surgery.*

Speech and Language Therapists are becoming more and more involved in the post surgical functional therapy of the orofacial area. Indeed, muscular lip surgery is improved by the use of the technical know-how and the experience of Speech and Language Therapists with children. Specific post-operative physiotherapy is proposed to both children and parents.

KEY WORDS :

Multidisciplinary work - Paediatrics - Lip surgery - Speech and Language Therapy - Neuro-muscular therapy - Praxis.

PRÉAMBULE

La région oro-faciale joue un rôle dans de multiples fonctions essentielles telles que la respiration, l'alimentation, l'expression faciale, et la vie de relation et de contact. Dans cette unité fonctionnelle et esthétique, les lèvres représentent un pôle essentiel, véritable frontière entre le dehors et le dedans.

La chirurgie labiale est une chirurgie interceptive qui entraîne une rupture de l'équilibre postural et dynamique de la sangle labiale, mettant en évidence le besoin d'une rééducation post-opératoire adaptée.

I - LA PROBLÉMATIQUE DE LA CHIRURGIE LABIALE

Classiquement, il n'y a pas de rééducation labiale post-opératoire spécifique. Actuellement, la rééducation post-opératoire est représentée par une kinésithérapie naturelle (alimentation, parole, rire) et des massages.

Attente des chirurgiens :

La plaie traumatique, chirurgicale (exérèse tumorale) la brûlure et ses risques de rétraction entraîne un risque de modification de la fonction et de l'anatomie de la lèvre. Une rééducation orthophonique spécifique est, pour l'ensemble de ces cas, particulièrement souhaitée par les chirurgiens pour atténuer les effets de dysfonction et de disgrâce.

Attente des parents :

Les parents sont le plus souvent soucieux d'apporter une aide effective à leur enfant. Cependant, faisant souvent preuve d'anxiété et de maladresse, ils cherchent et doivent trouver un appui dans l'ensemble du déroulement post-opératoire.

Attente des enfants :

Après plaie, traumatisme, brûlure, la sphère oro-labiale de l'enfant est perturbée, il faut de nouveau aider l'enfant à prendre conscience de ses possibilités perceptivo-motrices, le valoriser et lui redonner confiance en lui.

II - APPROCHE ORTHOPHONIQUE DANS LA CHIRURGIE LABIALE

Notre approche est basée sur le concept de chirurgie musculaire nécessitant une rééducation spécifique du comportement neuro-musculaire de la région oro-faciale. Cette prise en charge spécifique est assurée par un orthophoniste qualifié au sein de l'équipe médicale pédiatrique.

L'un des objectifs est de réaliser un assouplissement de la cicatrice et une atténuation de la fibrose. La rééducation, par des mouvements appropriés, peut corriger les déformations post-chirurgicales persistantes. La rééducation neuro-musculaire de la région labiale a pour objet le renforcement de la commande motrice au niveau de l'effecteur musculaire et la restructuration du schéma corporel et de la mémoire kinesthésique dans un équilibre postural normal.

C'est un apprentissage neuro-sensoriel. Rappelons que la coordination complexe de mouvements musculaires distincts dans un but volontaire est une praxie qui doit être acquise et stabilisée. Elle se situe entre le réflexe et le mouvement volontaire. Elle met en jeu des mouvements musculaires précis exigeant une synergie parfaite. Différents moyens seront mis en œuvre à travers un certain nombre de processus de rééducation par lesquels l'enfant prend progressivement conscience de ses possibilités perceptivo-motrices.

A - Les processus attentionnels

- la distinctivité des jeux oro-labiaux
- leur valeur affective
- leur complexité
- leur valeur fonctionnelle

B - Les processus de rétention mnésiques

Travail à l'aide des systèmes de représentation imagée et verbale.

C - Les processus de reproduction motrice

Ils font référence au passage de la représentation symbolique à l'action, à l'acquisition.

D - Les processus de motivation

Un comportement a plus de chance d'être adopté si ses résultats aboutissent à des

effets renforçants et agréables.

La rééducation orthophonique se fait en trois temps. Tout d'abord un bilan initial est effectué en collaboration avec le chirurgien. Vient ensuite la phase d'apprentissage de l'enfant et des parents puis enfin une phase de surveillance et d'encadrement, jusqu'au résultat final.

1. Bilan initial

Un bilan est réalisé 3 à 4 semaines après l'intervention chirurgicale quand la cicatrice présente le maximum de solidité. C'est une consultation conjointe avec le chirurgien. En pratique, nous regardons lors du bilan initial les aspects suivants :

A - Anatomie fonctionnelle et cicatrices

Les lèvres : leur forme, la position du stomion, l'axe de la cicatrice et les interruptions musculaires.

Les masséters et les autres muscles élévateurs : mobilité et force des joues et des mâchoires.

Le mode d'occlusion : bon fonctionnement des ATM (Articulations Temporo-Mandibulaires), le chemin de fermeture buccale.

B - Bilan des praxies

L'examen des praxies nous permet d'observer la mobilité des lèvres, des joues et de la langue, de vérifier l'acquisition du schéma oro-facial (sur imitation et sur demande).

C - Equilibres fonctionnels

Nous notons le type de respiration, la présence de tics de succion, la qualité du sourire en observant la qualité expressive du visage, les troubles d'articulation phonétiques.

Un traumatisme entrave le bon déroulement d'une praxie normale dans son expression et dans son acquisition. Cependant, il est important de noter la possibilité de la réalisation d'actes volontaires par d'autres voies en redonnant des stéréotypes fonctionnels.

2. Rééducation (Phase d'apprentissage)

Le bilan initial réalisé, les parents sont informés quant à l'évolution possible. Ils seront soucieux d'apporter une aide effective à leur enfant et stimuleront ses progrès par une attitude positive (sans être une attitude hyperprotectrice et directive).

A - Rythme des séances

Une séance par semaine pendant trois semaines, constitue l'étape initiale d'instruction. Il s'agit de montrer aux parents les mouvements, activités et jeux moteurs bucco-faciaux qui ont un caractère ludique et qui se prêtent à la répétition dans les activités quotidiennes.

B - Déroulement des séances d'instruction

De façon à rompre les mauvaises habitudes, les mécanismes de compensation, il convient de tout mettre à plat et de restituer une certaine dynamique. Toute la fonction musculaire va être exploitée dans ce travail éducatif. Les différentes zones feront l'objet d'un travail dissocié dans une gymnastique faciale spécifique.

b 1 - Exercices de relaxation-respiration

Il nous paraît important de pratiquer une détente corporelle, une relaxation ; cette détente allant du plus général (le corps) au plus précis (musculature labiale). N'oublions pas que la prise de conscience du patient passe par la reconnaissance du corps :

- le corps comme opérateur, celui qui est à l'origine des expériences sensorielles et sensori-motrices.

- le corps symbole de l'espace psychique, cadre conceptuel de l'identité, interface entre le Ça et le Moi.

L'exercice de la "poupée de chiffon"* favorise une prise de conscience par l'enfant de son schéma corporel, de la respiration abdominale et le sensibilise au toucher.

b 2 - Les massages

Des massages de la région oro-faciale sont indispensables, tant pour atténuer la visibilité du tissu cicatriciel, que pour redonner tonicité et souplesse. La technique des massages est clairement expliquée aux parents, de façon à leur laisser l'accomplissement du geste à intervalles réguliers (trois séances de 10 minutes, tous les jours).

Les massages de la cicatrice sont réalisés avec la pommade prescrite par le médecin*.

*cf "Le Huche"

Massages par compression manuelle, montrés par le chirurgien lors du bilan initial. A noter que l'orthophoniste doit aussi répéter plusieurs fois le geste du massage devant les parents qui se trouvent ainsi recadrés dans la technique du geste, et rassurés pour toucher la zone opérée. Au-delà de la zone opérée on peut élargir les zones massées à l'ensemble de la zone buccale :

- allonger et tonifier la lèvre supérieure : faire rouler l'index de la base du nez vers le bord libre de la lèvre supérieure en tirant vers le bas ;
- détendre la houppe du menton, par de petits mouvements circulaires ;
- massage des narines pour calmer, soulager, libérer le nez et favoriser une meilleure ventilation indispensable à une bonne occlusion labiale ;
- si la lèvre supérieure est trop tonique, il faut la détendre en la faisant vibrer comme pour imiter le bruit d'un moteur (Brrr, Brrr).

C - Exercices actifs

Après les exercices passifs pour le patient, viennent des exercices dynamiques, c'est-à-dire réclamant sa pleine collaboration (rééducation active).

Les exercices de musculature sollicitent les muscles du positionnement de la bouche, des lèvres et de leurs commissures. Tous ces exercices doivent se faire au début devant un miroir lors des premières séances.

- Le clown :

Nous prononçons "x / o" sans sonoriser. L'exercice consiste à contrôler l'orbiculaire et le buccinateur, en étirant les commissures labiales, à faire "un sourire jusqu'aux oreilles", puis à projeter les lèvres en avant. Les dents doivent être en occlusion pour fixer la mandibule sans crispation pendant l'exercice.

- Le crocodile ou bâillement :

Il assouplit et fortifie la mâchoire et permet une meilleure ouverture du pharynx. Notons que lorsqu'on demande à un enfant de serrer les dents, il est fréquent qu'il présente les incisives en contact, après avoir effectué une propulsion mandibulaire. Il est important de lui apprendre à rechercher le contact molaire.

- La mouche "mm" :

stimule la musculature des lèvres (l'orbiculaire).

- La mitraillette :

Contact bilabial : "papapa, popopo"... le concevoir dans le souffle.

- Le papier à cigarettes :

Mettre une feuille de papier à cigarettes entre les lèvres de l'enfant qui doit la maintenir sans l'aide des dents, sans crispation, en ayant un bon contact molaire, afin que les lèvres restent fermées le plus naturellement possible. Cet exercice tonifie les lèvres.

- Le crayon entre les lèvres :

Cet exercice peut être effectué à l'aide d'une paille ou d'un guide langue rond. Il permet de contracter l'orbiculaire, arcades dentaires serrées. On demande à l'enfant d'arrondir, de projeter les lèvres en avant et de saisir le crayon.

- Distraction jugale :

Mettre un guide langue plat ou un petit abaisse-langue entre la joue et l'arcade dentaire et pousser la joue vers l'extérieur. L'enfant doit résister à la traction exercée en rapprochant la joue des dents.

- Le jeu des voyelles :

Cet exercice peut être pratiqué allongé ou debout : après avoir dessiné la forme de la bouche prononçant une voyelle, l'enfant reproduit l'ouverture de la bouche demandée puis il sonorise, et dit des "a" bien larges, des "o" tout ronds, des "u" en avant, des "i" en souriant et des "é" ouverts.

- Exercices de souffle :

Ils sont une aide précieuse pour faire travailler toutes les composantes musculaires buccolabiales. Gonfler les joues (travail de l'orbiculaire et du buccinateur qui maintiennent la suppression intrabuccale), puis passer l'air d'une joue à l'autre. Souffler sur un élément léger et mobile (coton, boule de polystyrène). Souffler sur une bougie, tantôt fortement pour éteindre la flamme, tantôt doucement pour la faire vaciller. Souffler à travers une paille, dans un verre, dans l'eau du bain ; inventer des jeux (la course des cotons, le match...). Faire des bulles de savon, gonfler les objets préformés, souffler dans

tous les jouets imitant les instruments à vent.

- La langue :

Travail autour de son avancée (pour dégager le pharynx), l'agilité de sa pointe et la non-contraction de sa racine et permettre le travail articuloire s'il y a lieu.

C'est la motivation de l'enfant et de son entourage qui représente la meilleure garantie des résultats à long terme.

3. Rééducation (Automatisation)

C'est l'étape de la généralisation. Ces séances de contrôle auront lieu une fois par mois, et serviront à s'assurer de la bonne intégration des praxies.

III - RÉSULTAT FINAL

Nous notons à l'issue du traitement orthophonique une très nette amélioration de la fibrose et de meilleures possibilités motrices labiales.

Ces résultats satisfaisants sont essentiellement dus à une prise de conscience, celle des parents et de l'enfant quant à l'intérêt des différents exercices proposés mettant en œuvre un langage clair, répétitif, rassurant et adapté à chaque cas.

De plus, les parents sensibilisés à la région oro-faciale auront acquis une certaine vigilance vis à vis des troubles courants relevant du monde dentaire et orthophonique.

CONCLUSION

L'orthophoniste a un rôle important à jouer dans un service de chirurgie maxillo-faciale pédiatrique, et plus particulièrement dans le cadre de la chirurgie labiale.

Les particularités et l'expérience de la pratique orthophonique au quotidien doivent être intégrées à l'hôpital à chaque fois que possible.

L'orthophoniste aide à définir les problèmes fonctionnels mis en cause. Il tient compte, grâce à son regard pédiatrique global, de l'âge et de l'environnement de l'enfant, de l'attitude de son entourage, de ses possibilités et de sa volonté de rééducation. L'orthophoniste est par là même le soutien tout indiqué pour assurer un accompagnement parental trop souvent ignoré en milieu hospitalier.

Ainsi, une parfaite synergie avec le chirurgien permet non seulement d'affiner la stratégie thérapeutique en apportant de réelles chances supplémentaires de guérison, mais rend également plus accessible une dynamique de rééducation neuro-musculaire active.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLAUX J.P. (1987). *Apprenez à respirer à vos enfants*. Edition Retz. 191 p.
- ANZIEU D. (1986). *Le moi peau*. Paris : Dumod.
- CHAUVOIS A., FOURNIER M., GIRARDIN F. (1991). Rééducation des fonctions dans la thérapeutique orthodontique. La bibliothèque orthodontique. Ed. S.I.D. 231 p.
- LE HUCHE F., ALLALI A. (1984). *La voix. Anatomie et Physiologie*. Pathologie thérapeutique. Tome 3. Thérapeutique des troubles vocaux. Paris : OVEP Masson, 2e édition, 214 p.
- OP DE BEECK P. (1995). Les paralysies faciales périphériques. *GLOSSA* n° 44, 14-25.
- ROUVIERE E.H. (1984). Anatomie humaine par Cordier-Delon. Tête et cou. Paris : Ed. Masson.