

Résumé

La réparation précoce et première de la lèvre, en réhabilitant la succion, permet aussi au nouveau-né de s'alimenter plus facilement et ainsi de profiter pleinement des expériences spécifiques du tout premier stade de la vie, le stade oral, «essentiel» à sa structuration psychique.

Parallèlement à la prise en charge précoce de la mère et de son bébé par l'équipe pluridisciplinaire, les réponses claires aux questions des parents sur l'origine de l'anomalie et son incidence sur le développement de l'enfant, sont les préalables indispensables à la mise en place d'un véritable Accompagnement Parental dont le succès du suivi de ces enfants reste largement tributaire.

Summary

The early and initial reconditioning of the lip, by improving the sucking motion, also enables the new-born baby to feed more easily and thus to benefit fully from the specific experiences intrinsic to the very first stage of life, the oral stage which is «essential» to his/her psychological make-up.

In parallel to the early supervision of the mother and her baby by the multi-disciplinary team, a clear response to the questions posed by the parents about the origin of the anomaly and its bearing on the development of the child is an indispensable precondition to the establishment of a veritable Parental Involvement, a factor upon which the successful monitoring of these children heavily relies.

Françoise VERNEL-BONNEAU,
Orthophoniste
Attachée de consultation
Catherine THIBAUT,
Orthophoniste
Psychologue
Attachée de consultation
Service de Stomatologie et de
Chirurgie maxillo-faciale du
Professeur G. COULY
Hôpital Necker-Enfants Malades
149, rue de Sèvres - 75015 PARIS

INTERVENTIONS PRÉCOCES ET FENTES FACIALES

par Françoise VERNEL-BONNEAU
et Catherine THIBAUT

Mots-clés : Anomalie faciale - Chéiloplastie précoce (intervention chirurgicale et précoce) - Embryologie - Succion - Accompagnement Parental - Rééducation neuromusculaire - Malformation bouche - Enfant - Jeune enfant.

Introduction

Les fentes labiales, labio-maxillaires et vélo-palatines sont caractérisées par leur fréquence (une pour 700 naissances) et leur polymorphisme clinique.

Une fois sur deux, la fente est labiale ou labio-maxillaire associée ou non à une fente vélopalatine. Le côté gauche est trois fois plus atteint que le côté droit et les garçons deux fois plus que les filles. Les fentes labio-maxillaires et vélopalatines sont des accidents morphologiques fréquents, survenant lors du deuxième mois embryonnaire. Elles résultent d'un défaut de fusion, total ou partiel, des bourgeons constitutifs du massif facial supérieur. Banales dans leur mécanisme embryologique originel, elles ont des conséquences impressionnantes sur le devenir anatomique de la cavité buccale et du nez.

Elles vont constituer pour les parents une blessure narcissique immédiate, source d'angoisse pour le présent et l'avenir.

I - Données embryologiques du développement de la face

Les tissus constituant le massif facial (peau, muqueuse buccale, os, cartilage, dents) et le cerveau proviennent d'une même et unique structure embryonnaire : «la plaque neurale céphalique».

Migration cellulaire et formation des bourgeons faciaux

Entre le 25ème et le 30ème jour embryonnaire, les cellules de la crête neurale céphalique migrent et se différencient dans la face.

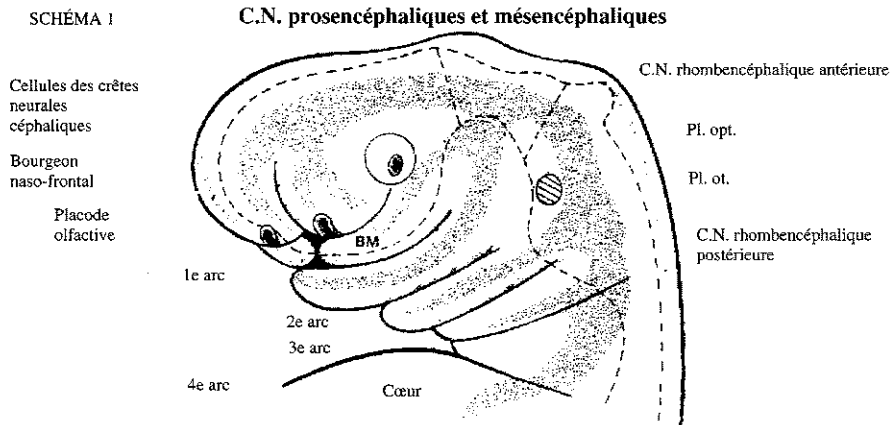


Schéma de l'extrémité céphalique de l'embryon humain au début du 2ème mois

P. opt : placode optique - P. ot : placode otique - BM : bourgeon maxillaire - CN : crêtes neurales

Ce schéma de l'extrémité céphalique de l'embryon humain au début du 2ème mois, objective deux courants de migration :

- **un courant antérieur**, provenant du cerveau antérieur, entoure celui-ci au niveau des vésicules optiques et des placodes olfactives, déterminant ainsi l'ébauche des **bourgeons nasaux** de la face.

Les structures naso-frontales et prémaxillaires proviennent donc du cerveau antérieur, c'est-à-dire des crêtes neurales prosencéphaliques et mésencéphaliques.

- **un courant latéral**, provenant du tronc cérébral, c'est-à-dire des crêtes neurales rhombencéphaliques, entoure le futur pharynx et assure le développement des arcs branchiaux et des **bourgeons maxillo-mandibulaires**. Au cours de leur migration, ces cellules se divisent activement et sont responsables du développement volumétrique des **5 bourgeons faciaux**, et des arcs branchiaux.

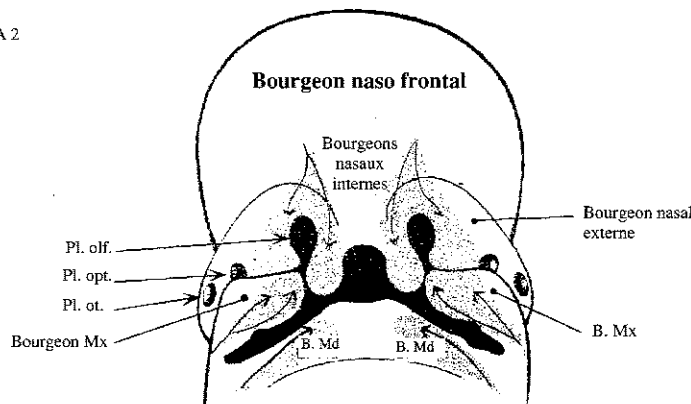
Au cours des cinquième et sixième semaines, évolution des bourgeons faciaux : ceux-ci entrent en contact, se télescopent et fusionnent.

Cette fusion nécessite que soient assurées trois conditions biologiques :

- 1 - des bourgeons de volume suffisant pour se rencontrer,
- 2 - la compétence de l'ectoderme de recouvrement pour la mort cellulaire assurant le collage,
- 3 - des propriétés physico-chimiques du liquide amniotique aptes à assurer le contact ectodermique.

Le défaut de fusion entre les bourgeons maxillaire et nasal interne est responsable de la persistance de l'ectoderme. Ce dernier se différencie en épiderme et derme : c'est ainsi que se constitue une fente labiale ou labio-maxillaire donc : défaut de fusion, de collage, trop d'ectoderme.

SCHÉMA 2



Représentation schématique de la face embryonnaire humaine vers le 42ème jour

B. Mx : Bourgeon maxillaire - B. Md : Bourgeon mandibulaire

Les connaissances récentes du développement embryologique facial, ainsi que le raffinement des protocoles anesthésiques permettent aujourd'hui une réparation précoce, de bonne qualité plastique, de la fente labio-maxillaire, et ce, dès les premières semaines de vie.

La découverte échographique de cette anomalie, donc la possibilité pour les parents de bénéficier d'une consultation anténatale, permet une prise en charge précoce de la mère et de son enfant par l'équipe chirurgicale, et l'organisation sereine du programme de réparation au cours du premier mois.



**Thibault C. Problèmes particuliers des séquelles de fente labio-palatine. «L'importance de la réhabilitation de la succion chez les enfants porteurs de FLP». Intervention au cours de la 11ème journée de l'Association Européenne des Centres d'Audio-Phonologie, La Villette - Paris, novembre 1993 (non publié).*

II - Importance de la «réhabilitation» de la succion chez les enfants porteurs de FLP*

La succion (ou tétée) reflète la maturation néonatale du tronc cérébral. Le syndrome de Robin illustre la défaillance de celle-ci.

Le couple succion-déglutition est un automatisme réflexe déclenché par toutes stimulations orales, que ce soit au niveau de la lèvre supérieure (la principale zone réflexogène se situant au niveau du bourgeon médian) ou de la muqueuse de la région pré-maxillaire.

***Sur le plan fonctionnel**, en réhabilitant la succion, la réparation précoce de la lèvre :

- **rend l'alimentation plus aisée** : possibilité pour la mère d'allaiter, ou tout au moins, possibilité de lui laisser le choix. Nous connaissons l'importance de ce lien affectif fondamental et la composition idéale du lait maternel.

- **normalise les praxies labiales et linguales**.

Le sphincter labial peut alors remplir son rôle et assurer avec la langue sa fonction «d'appareil d'orthopédie dento-maxillo faciale».

La succion permet une bonne croissance du volume de la cavité buccale puisque les mouvements de la langue associés à ceux de translation de la mandibule permettent respectivement :

- la conformation du palais dont la concavité épouse harmonieusement la convexité linguale et

- la croissance des deux cartilages secondaires condyliens de la mandibule.

Cette occlusion labiale précoce va conditionner **une meilleure phonation**, notamment en ce qui concerne :

- **les phonèmes labiaux (p - b - m), qui dans le babillage arrivent plus précocement, et, associés aux autres occlusives sont le signe d'un bon fonctionnement vélo-pharyngé et labial ;**

- **les phonèmes labio-dentaux (f - v).**

Une meilleure succion permet à l'enfant d'intégrer de meilleures images motrices au niveau des structures oro-faciales.

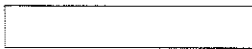
***Sur le plan psychologique**, cette chéiloplastie précoce va permettre à l'entourage :

- de poser un autre regard sur l'enfant,

- d'atténuer l'atteinte narcissique de la famille,

- de normaliser la communication.

En effet, la bouche est l'endroit privilégié, frontière entre le dehors et le dedans, où le nouveau-né va commencer son apprentissage de la vie. Nous savons que les fonctions de succion-déglutition améliorent l'état d'éveil du nouveau-né, et sont sources d'acquisitions nouvelles dans le champ des interrelations «mère-enfant».



III - Un «Accompagnement Parental» est indispensable

Il doit permettre aux parents de mieux comprendre la finalité des exercices que nous leur suggérons, afin qu'ils deviennent des partenaires efficaces et motivés dans la pratique de ces derniers.

Cet accompagnement doit aussi, et surtout, **les aider à se repositionner en tant qu'éducateurs privilégiés de leur enfant**.

Le premier entretien est fondamental dans la mesure où les parents sont souvent remplis d'inquiétude. Nous devons les mettre dans des conditions qui vont leur permettre de bénéficier de cette «consultation». Nous devons leur donner un confort psycholo-

gique intérieur, les rassurer, voire les déculpabiliser.

Rappelons qu'une même stratégie d'accompagnement parental ne peut être applicable à tous les parents, car ils investissent différemment leur «problème».

Notre propos doit s'adapter au couple «père-mère» face à nous, afin que chaque parent puisse exister en tant que sujet, narcissé par notre écoute et notre regard. Ce n'est qu'à cette condition que nous rendrons les parents actifs, détenteurs de leur propre démarche, de leur propre dynamisme.

IV - Rééducation du comportement neuro-musculaire de la région oro-faciale

Rééducation kinésiologique, thérapie myo-fonctionnelle, quel que soit le terme employé, **le concept même d'éducation est primordial dans le cas de FLP afin**

- d'éviter :

- des mouvements de compensation,
- des tics, des syncinésies,

- d'améliorer le timbre de la voix.

Il nous faut montrer aux parents les difficultés motrices qui peuvent gêner l'enfant dans ses activités courantes et sa parole.

En effet, les parents ne font pas forcément le rapprochement entre les maladresses auxquelles ils se sont heurtés dans l'alimentation de l'enfant, les habitudes de succion, les modalités de déglutition et les problèmes de parole.

Les jeux moteurs bucco-faciaux, par leur caractère ludique, se prêtent à la répétition dans les activités quotidiennes. Il s'agit de bien montrer aux parents les mouvements, activités et jeux qui peuvent aider l'enfant, en essayant de compter sur le dynamisme et la créativité de chacun.

Rééducation du comportement neuro-musculaire de la région oro-faciale, de l'articulation de la parole, mais aussi de la respiration dans la perspective d'une véritable éducation.

PREMIERS RÉSULTATS STATISTIQUES

Mots-clés : Intervention chirurgicale et précoce - Caractéristiques familiales - Allaitement au sein - Phonation.

Cette étude s'intéresse :

- aux répercussions que peuvent avoir la réparation chirurgicale de la lèvre au cours du premier mois de vie, du palais et/ou du voile avant 12 mois sur la relation mère-enfant (104 sujets),

- à l'incidence de l'Accompagnement Parental sur l'acquisition de la parole et du langage chez ces enfants (68 sujets).

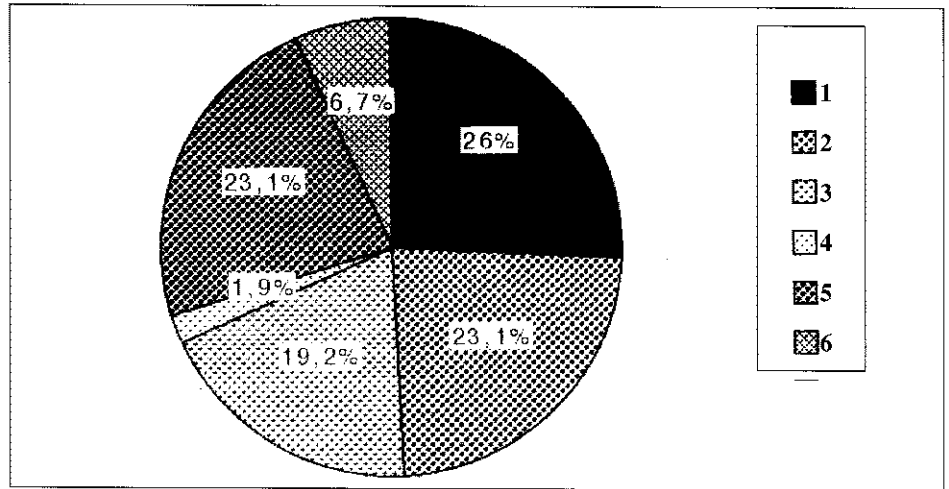
This study looks at :

- the repercussions on the mother-child relationship of surgery on the lip during the first month of life, the palate and/or the soft palate within the first 12 months (104 case studies),

- the effect of parental involvement on childrens' assimilation of words and language (68 case studies).

La population de l'étude est composée de 104 enfants nés entre les années 1986 et 1993, dont 43 filles soient 41,34%, et 61 garçons soient 58,65 %. Toutes formes cliniques confondues, nous pouvons dès lors remarquer que les garçons sont plus touchés que les filles par cette anomalie embryonnaire faciale.

RÉPARTITION DE LA POPULATION EN FONCTION DES FORMES CLINIQUES



Graphique visualisant la population en fonction des formes cliniques

1 - Fente Labio-Palatine Bilatérale	= 25,96 %	4 - Fente Labiale Bilatérale	= 1,92 %
2 - Fente Labio-Palatine Gauche	= 23,07 %	5 - Fente Labiale Gauche	= 23,07 %
3 - Fente Labio-Palatine Droite	= 19,23 %	6 - Fente Labiale Droite	= 6,73 %

- Toutes formes confondues, le côté gauche (46,14 %) est plus atteint que le côté droit (25,96%), et même lorsque la fente labiale est isolée, il l'est trois fois plus à gauche (23,07 %) qu'à droite (6,73 %).

- les fentes du palais primaire représentent 31,72 % de la population totale,

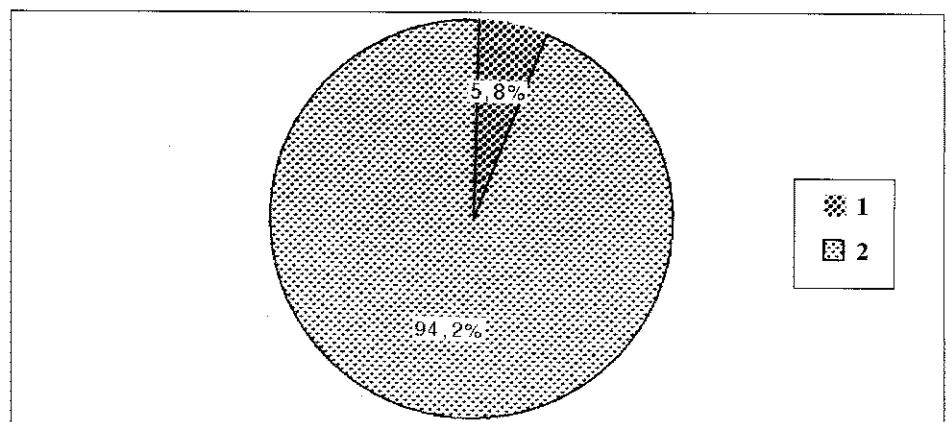
- les fentes du palais primaire et du palais secondaire représentent 68,26 % de la population totale, soit plus du double des enfants suivis. Cette variable sera prise en compte lors de l'analyse de nos résultats.

- les filles sont autant touchées que les garçons quand la fente est bilatérale, que celle-ci soit associée ou non à une division palatine,

- les garçons sont deux fois plus touchés que les filles quand la fente est du côté gauche, et ce quel que soit son degré de gravité,

- les filles sont autant touchées que les garçons quand la fente labiale est à droite et associée à une fente palatine.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX RETROUVÉS



Graphique visualisant le pourcentage de facteurs familiaux

1 - % d'enfants pour lesquels un facteur environnemental a été retrouvé, soit 5,76 %
2 - % d'enfants pour lesquels aucun antécédent familial n'a été retrouvé, soit 94,24 %

Les 5,76 % se décomposent comme suit :

*4,80 % représentant des antécédents familiaux, l'anomalie étant connue pour :
- 2 cas, chez un cousin germain,

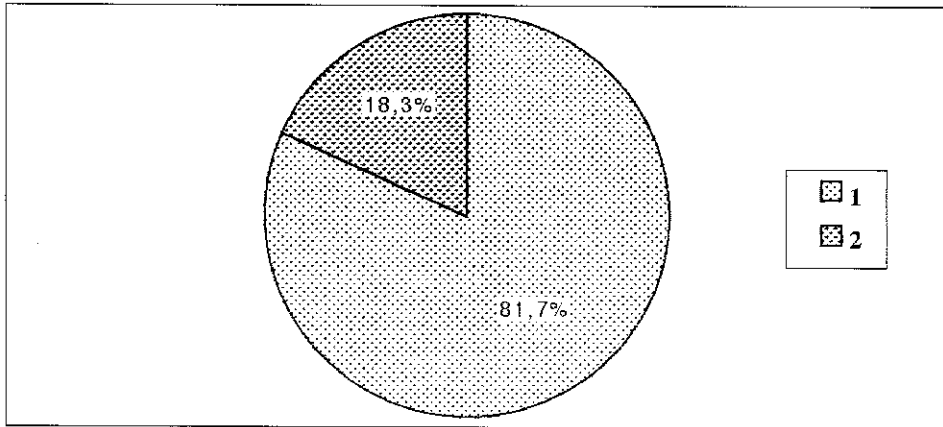
- 1 cas, chez une grand-mère maternelle du côté du père,
- 1 cas, chez deux oncles et un neveu maternels,
- 1 cas, chez le père.

***0,96 % représentant un facteur maternel, soit :**

- 1 cas de mère épileptique (les deux enfants sont nés avec une fente).

Il apparaît donc que pour la grande majorité de ces enfants aucun antécédent familial n'a été retrouvé. D'autre part, il convient de rappeler que pour tous, la fente est isolée puisque nous avons délibérément exclu de notre population les enfants chez lesquels la fente était associée à d'autres troubles.

DIAGNOSTIC ANTÉNATAL



Graphique visualisant le pourcentage de diagnostic anténatal

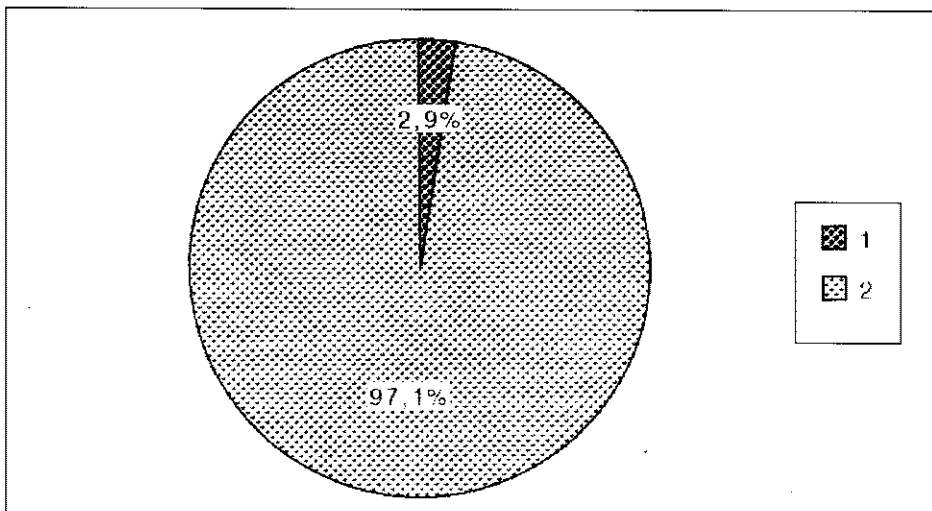
- 1 - absence de diagnostic anténatal pour 81,73 % de la population totale
- 2 - diagnostic anténatal posé pour 18,27 % de la population totale

Si sur l'ensemble de la population étudiée, le pourcentage de fentes faciales diagnostiquées est faible (18,27 %), il est intéressant de noter qu'il n'a cessé de croître au cours des huit dernières années, puisqu'il est passé de 0 % pour les années 1986-1987 à **33,33 % pour l'année 1993**.

Toutefois, bien que de nos jours le diagnostic anténatal permette de visualiser fréquemment une anomalie embryonnaire faciale, il faut savoir que la fente du palais secondaire demeure plus difficilement identifiable.

Rappelons que ce dépistage précoce est important puisqu'il permet de rassurer les parents sur le caractère bénin de l'anomalie et de mettre en place un soutien médical et psychologique qui contribue à les aider à mieux vivre cette épreuve. En effet, nous avons constaté que les parents qui avaient bénéficié d'un diagnostic anténatal reconnaissent que celui-ci leur avait permis de se préparer psychologiquement durant la fin de la grossesse.

ALLAITEMENT MATERNEL



Graphique visualisant le pourcentage de mères ayant allaité leur enfant

Le pourcentage des **mères ayant nourri au sein leur enfant** est très faible, il ne représente que **2,88 %** (1). Il est intéressant de noter que :

- pour deux d'entre elles, les enfants atteints de FLP Bilatérale, et de FL Gauche étaient respectivement le troisième et le quatrième de la fratrie,
- pour une maman, l'enfant atteint de FLP Droite était le premier né,
- aucune de ces trois mamans n'avaient bénéficié d'un diagnostic anténatal.

D'autres mamans ayant fait un essai d'allaitement, nous ont dit avoir renoncé au bout de 2-3 jours en raison des difficultés rencontrées.

L'allaitement maternel n'est pas contre indiqué dans le cas de FLP : il peut au contraire faciliter l'alimentation de l'enfant, notamment après la chéiloplastie puisque l'enfant peut être remis au sein le soir même de l'intervention - la malléabilité du mamelon et du sein évitant à l'enfant un effort succionnel.

La possibilité de nourrir au sein représente pour la mère un atout psychologique important et un lien affectif fondamental, dans la mesure où elle seule peut subvenir aux besoins de son enfant et qu'elle y trouve une expérience beaucoup plus riche pour elle-même. Le contact peau à peau contribue à renforcer l'établissement précoce des relations de la dyade mère-nourrisson.

Nous pouvons donc nous interroger sur le faible pourcentage des mères qui allaitent, et souhaiter qu'à l'avenir une meilleure information dans les maternités contribue à aider les soignants à dépasser leur «angoisse» à la vue d'un nouveau-né malformé facial, afin qu'ils puissent conforter les mères dans leur désir d'allaiter et les encourager à persévérer dans leurs essais de nourrissage au-delà des premiers jours.

Étude relative aux bilans orthophoniques

Sur 68 enfants vus lors de bilans orthophoniques :

6 enfants ont été vus entre **1 et 14 mois**, soient **8,82 %**

26 enfants ont été vus entre **18 et 30 mois**, soient **38,23 %**

26 enfants ont été vus entre **3 et 4 ans**, soient **38,23 %**

10 enfants ont été vus entre **5 et 7 ans**, soient **14,70 %**

Comme nous pouvons le remarquer, très peu d'enfants vus avant 14 mois ont été pris en compte dans cette étude. En effet, pour des raisons de calendrier d'une part, et d'autres liées à la réorganisation du service d'autre part, seuls les dossiers d'enfants vus récemment correspondaient aux critères que nous nous étions fixés. Toutefois, bien que pour cette période du prélangage les observations soient limitées, elles n'en sont pas moins intéressantes puisque les pronostics optimistes quant à l'évolution de ces enfants ont été confirmés au cours des bilans orthophoniques ultérieurs.

Entre 18 et 30 mois, et, 3 et 4 ans, les enfants sont vus avec une plus grande fréquence et une plus grande régularité. Le nombre de dossiers retenus est ainsi plus conséquent. En effet, comme cela a été souligné, il est important de revoir ces enfants dès l'éclosion de la parole et la mise en place du langage, de façon à pouvoir :

*repérer le plus précocement possible - si elles existent - les difficultés liées à une incompétence vélo-pharyngée afin d'aider l'enfant et son entourage à trouver un mode de communication aussi satisfaisant que possible - sans effort vocal et sans mécanisme de suppléance - en attendant l'âge de la pharyngoplastie, etc,

*dépister un éventuel retard de parole et/ou de langage, et, dans ce cas, renforcer l'aide à la famille ou bien envisager une prise en charge orthophonique précoce.

En ce qui concerne la dernière tranche d'âges, seuls dix enfants ayant bénéficié du nouveau calendrier opératoire répondaient aux critères de l'étude. Dans l'ensemble, le suivi à ces âges est annuel, sauf si une pharyngoplastie est envisagée. Il est important de noter que cet échantillon de population, déterminé à partir des 104 dossiers initiaux, présente des caractéristiques similaires au niveau des formes cliniques. Pour l'ensemble des tranches d'âges, nous avons donc une grande majorité d'enfants (58) présentant des FLP Bilatérales et des FLP Unilatérales Gauches et Droites. Seuls 10 cas de fentes labiales isolées font partie de cette étude, soient :

- 2 FL UG

- 5 FL UG et 1 FL UD

- 2 FL UG

pour la tranche des 18-30 mois,

pour la tranche des 3-4 ans,

pour la tranche des 5-7 ans.

Remarques :

Au total, sur les 68 enfants, nous avons relevé 42,64 % d'otites séreuses et 70,58 % de rhino-pharyngites. Ces résultats semblent confirmer la nécessité d'une surveillance régulière de ces enfants sur le plan ORL, notamment entre 18 mois et 4 ans, puisque c'est pendant cette période de mise en place de la parole et du langage que nous notons le taux le plus élevé de rhino-pharyngites et d'otites séreuses. En conséquence, les affections de la sphère ORL vont être, pour la plupart, renforcées par une utilisation insuffisante de la ventilation nasale. Aussi, dans la perspective d'une véritable éducation, la prise en compte de la composante respiratoire s'avère être primordiale si l'on veut véritablement aider l'enfant à améliorer son geste phonatoire.

Tous âges confondus, nous notons :

- 76,47 % de voix claire,
- 22,05 % de timbre nasonné, et
- 1,47 % de voix grave.

Ces résultats concrétisent sur le plan fonctionnel le bien fondé des interventions précoces. Au niveau psychologique, le fait que la majorité des enfants ont une voix claire ne peut que favoriser et stimuler la communication précoce avec l'entourage. Il est intéressant de préciser que les 22,05 % de timbre nasonné ne concernent que des enfants nés avec une FLP Bilatérale (19,11 %) ou une FLP Unilatérale Droite (2,94 %).

Un des objectifs de l'Accompagnement Parental Orthophonique est d'aider les enfants à améliorer le timbre de leur voix quand celui-ci est légèrement nasonné. Les exercices de souffle et petits jeux buccaux leur permettront de muscler leur voile du palais et de parfaire leur articulation.

Acquisition de la Projection labiale et du Souffle buccal par tranches d'âges

Remarques :

1°) La possibilité de souffler énergiquement qui progresse avec l'âge est à mettre en relation avec la maturation neurologique de l'enfant et la pratique régulière des exercices de souffle à la maison,

2°) 30 % des enfants âgés de 5 à 7 ans n'ont pas une bonne projection de leur sangle labiale. Ce manque de souplesse des lèvres est étroitement lié au mode de respiration habituel. En effet, 60 % des enfants de cette tranche d'âges ont une respiration mixte. Cette respiration à la fois nasale et buccale favorise chez ces enfants une certaine hypotonie labiale du fait qu'ils sont souvent bouche entrouverte. Toutefois, les pourcentages ne se superposant pas, il y a lieu de penser que les exercices labiaux ont contribué à rétablir l'équilibre de leur sangle linguo-labio-jugale.

Acquisition des phonèmes

Remarques :

1°) La réalisation des phonèmes bilabiaux (p) et (m) tend à montrer que ces enfants ont de bonnes possibilités d'occlusion labiale.

2°) L'apparition des occlusives orales sourdes (p, t, k) est le signe d'un bon fonctionnement vélaire pour les enfants qui les produisent, soient 16,66 % d'entre eux pour (t) et (k), et 33,33 % d'entre eux pour (p), phonème qui demande le plus de force articulaire.

3°) Les phonèmes antérieurs (p, b, m), (t) apparaissent avec une plus grande fréquence que les phonèmes postérieurs (k), comme c'est habituellement le cas en l'absence de fente faciale à la naissance. Ces résultats font apparaître une « certaine concordance » entre la tendance observée au moment de l'apparition des premiers phonèmes avant 14 mois et les acquisitions phonémiques réalisées entre 18 et 30 mois, puisque :

- la quasi totalité de ces enfants produisent de façon préférentielle des phonèmes occlusifs bilabiaux,
- l'émission du phonème occlusif bilabial non voisé (p) - qui demande le plus de force articulaire - est possible pour 92,31 % des enfants,
- les phonèmes occlusifs non voisés (t) et (k) sont réalisés par la majorité des enfants (respectivement 61,54 % et 65,38 %).

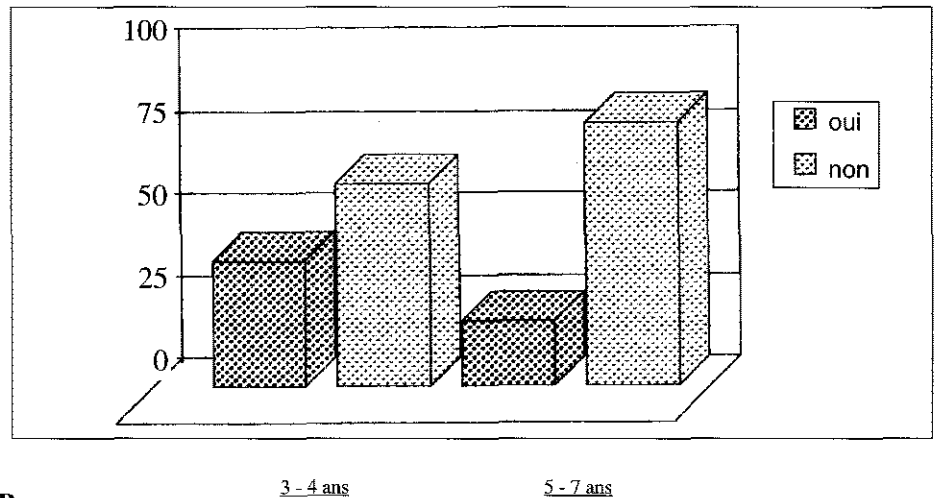
4°) Les phonèmes labio-dentaires (f, v) sont au total les plus réalisés par rapport aux autres constrictives.

5°) La réalisation de ces constrictives entre 18 et 30 mois confirme les meilleures possibilités pratiques de ces enfants, aussi bien au niveau labial que lingual.

Rappelons que pour cette tranche d'âges, il a été noté que 76,92 % des enfants avaient de bonnes capacités de projection labiale, et 69,23 % avaient acquis le souffle buccal, conditions essentielles pour la mise en place de ces phonèmes.

6°) D'autre part, mis à part le fait que l'acquisition de la parole et du langage est intimement liée au milieu familial - notamment à cet âge - les enfants qui ne produisent pas encore de sifflantes et de chuintantes sont les mêmes enfants nés avec une FLP Bilatérale ou Unilatérale Gauche chez lesquels la projection labiale s'est avérée plus difficile.

Retards de parole-langage entre 3 et 7 ans (RPL)



Remarques :

1°) Le % d'enfants présentant un RPL est faible comparé à celui d'enfants n'ayant pas de RPL.

2°) Le % des RPL diminue de près de 20 % entre 5 et 7 ans, puisqu'il passe de 38,46 % entre 3-4 ans à 20 % entre 5 et 7 ans,

Il semble bien que le dépistage dès 3 ans des RPL, et la mise en place d'un accompagnement orthophonique plus soutenu ou d'une rééducation orthophonique précoce, aient contribué à faire diminuer considérablement le taux des RPL pour la tranche des 5-7 ans.

Cotation des phonations

Remarques :

1°) Quels que soient les âges, les taux de **phonation I** sont les plus importants, et ce pour une grande majorité des enfants.

2°) Même si la phonation de certains enfants est entachée de nasalité, ils restent tous intelligibles. Aucune phonation III n'a été relevée comme le laissait supposer l'absence de phénomènes compensatoires.

3°) Le pourcentage de **phonation I/II B** augmente régulièrement à chaque tranche d'âges.

La progression la plus notable se situe entre 3 et 4 ans (23,07 %) où il double par rapport à celui relevé entre 18-30 mois (de 11,54 %).

La présence de cette déperdition nasale intermittente est certainement à mettre en relation avec la plus grande fréquence des affections ORL pour cette tranche d'âges.

Entre 5 et 7 ans, le pourcentage de PH I/II croît de 10 % ; cette augmentation, proportionnellement moins importante par rapport à celle observée entre les deux tranches d'âges précédentes, est vraisemblablement liée d'une part à la présence de rhinopharyngites encore fréquentes (40 %), et d'autre part à la croissance du cavum.

4°) Très peu d'enfants ont une **phonation II/I**, c'est-à-dire une déperdition nasale constante. La pratique journalière de jeux de souffle, voire la mise en place d'une rééducation orthophonique spécialisée devraient permettre à ces enfants - en l'absence d'incompétence vélo-pharyngée vraie - d'acquérir une phonation I/II voire I.

Au total, il est intéressant de noter que sur les **62 enfants âgés de 18 mois à 7 ans** :

◆ **77,4 %** ont une **phonation normale, PH I**, soient :

- 37,1 % entre 18-30 mois (sur 26 enfants soient 41,93 %),
- 30,64 % entre 3-4 ans (sur 26 enfants soient 41,93 %) et
- 9,7 % entre 5-7 ans (sur 10 enfants soient 16,13 %).

◆ **19,4 %** ont une **phonation presque normale en spontané, PH I/II Bonne**,

- la déperdition nasale n'étant notée que sur certains phonèmes, soient :
- 4,84 % entre 18-30 mois,
- 9,7 % entre 3-4 ans, et
- 4,84 % entre 5-7 ans*.

◆ **3,2 %** ont une **déperdition nasale constante, PH II/I**, mais restent intelligibles,

soient :

- 1,61 % entre 3-4 ans et
- 1,61 % entre 5-7 ans.

*Ces pourcentages sont à relativiser puisque seuls 10 enfants rentrent dans cette tranche d'âges.

Conclusion

Certaines limites inhérentes à cette étude doivent être soulignées, notamment celles portant sur les bilans orthophoniques, à savoir :

- le fait que nous ne disposons que d'un recul de sept années, la chéiloplastie - au cours du premier mois - n'ayant été pratiquée de façon systématique que depuis 1990, même si un certain nombre d'enfants a pu bénéficier de ce nouveau calendrier opératoire dès les années 1986, et

- bien qu'au départ cette population réponde à des critères d'inclusion précis, il faut garder à l'esprit que le seul point commun de ces enfants est d'avoir subi une ou plusieurs interventions chirurgicales dans la bouche ; chacun d'eux a son histoire particulière, et diffère des autres par ses conditions de vie et par les modèles verbaux qui lui sont proposés par son entourage.

Ces remarques importantes étant faites, il est vraisemblable au regard de ces premiers résultats que :

- la réparation très précoce de la lèvre en réhabilitant la succion ait permis de normaliser les praxies labiales (p, b, m) et linguales (t), et ainsi facilité les premières interactions vocales entre l'entourage et l'enfant,
- l'accompagnement orthophonique ait contribué à aider les parents à stimuler les nouvelles possibilités fonctionnelles de leur enfant,
- la majorité de ces enfants n'auront pas d'insuffisance vélaire grave (réalisation des occlusives non voisées (p, t, k)).

Bibliographie

- BERRY BRAZELTON T., CRAMER B. (1991). Les premiers liens. Stock, Paris, 372 pp.
- COULY G. (1985). La succion, indice qualitatif de maturation néonatale. Arch. Fr. Pédiatr., 42, 743-745.
- COULY G. (1986). Oralité et ventilation chez le nourrisson malformé facial. Arch. Fr. Pédiatr., 43, p. 369-72.
- COULY G. (1990) «Développement embryonnaire de la face». *Encycl. Méd. chir.*, Paris, Stomatologie, 22001 A 20-2, 32 pp.
- COULY G. (1991) «La face du nouveau-né». *Rev. Prat.*, Paris, 41, 1, 29-32.
- COULY G. (1992) «Malformations de la face et du cou». *Encycl. Méd. chir.*, Paris, Stomatologie-odontologie, 22066 A 50, 12 pp.
- HALLE P., BOYSSON-BARDIES B., DURAND C. (1992). Babillage et premiers mots. *GLOSSA* 29, p. 4-15.
- KONOPCZYNSKI G., VENTER S. (1989). Analyse de la prosodie enfantine : son intérêt pour un bilan de prélangage. Bull. Audiophonol. - Ann. Sc. Univ. Franche-Comté, Vol. V. NS, n° 3-4, 261-290.
- LEBOVICIS. (1983). Le Nourrisson, la Mère et le Psychanalyste - Les interactions précoces. Ed. Paidos/Le Centurion, 373 p.
- MOUSSET M-R. (1987). Intervention précoce et recherche. *GLOSSA*, 5, p. 6-11.
- MOUSSET M-R. (1989). L'acquisition du langage chez l'enfant porteur d'une fente palatine. Thèse pour l'obtention du DEA de Linguistique générale - Sorbonne Nouvelle Paris, 500 pp.
- NARCY P., ANDRIEU J. et Coll. (1983). La surveillance oto-rhino-laryngologique - Traitements des fentes labiales et des divisions palatines 40e Congrès de la Ste Fr. de Chir. Pédiatr., Chir. Pédiatr., Vol 24, n° 4-5, 247-249.
- RONDAL J.A. (1986). Le rôle de l'entourage dans l'acquisition du langage chez l'enfant, *GLOSSA*, 2, 18-24.
- RONDAL J.A. (1987). Les retards de langage - Premiers indices et rééducation, *GLOSSA*, 4, 28-35.
- ROSTAND B., CHOUKROUN J-P. (1988). Caractère familial des fentes labio-maxillaires et palatines. Actualités Odonto-Stomatologiques, Paris, n° 162, 235-245.