

Sans prétention aucune, mais par amour de mon métier, afin de garder une ouverture et ne pas m'enfermer dans des certitudes, et toujours au sein d'une équipe pluri-disciplinaire, j'ai centré mon domaine d'activité sur les dysfonctions neuro-musculaires de la cavité buccale (le terme "troubles de la déglutition" me semblant trop restrictif), par une approche mécaniste et fonctionnelle élargie du patient.

En tant qu'orthophoniste, l'importance de la cavité buccale comme "centre de vie" m'apparaît primordiale ; et c'est pour cela que j'ai tenté de pousser mes investigations le plus loin possible autour de ces traitements.*

J'essaie, (j'espère), être une des orthophonistes, de plus en plus nombreux heureusement, qui "se bougent la recherche" comme vous dites dans GLOSSA.

*Cf Glossa n° 35, page 31, présentation du prochain séminaire des 16 et 17 octobre 1993 : "Approche pluridisciplinaire des interactions mécaniques entre la langue, les dents, le crâne"

Laurence MOUTON

Orthophoniste
PARIS

DYSFONCTIONS NEURO-MUSCULAIRES DE LA CAVITÉ BUCCALE

par Laurence MOUTON

Mots-clés : Dysfonctions linguales - Prévention - Recherche - Enfant - Adolescent - Adulte

Marie-Pierre POULAT

Laurence MOUTON

Où avez-vous reçu votre formation ?

Après des tâtonnements de recherche personnelle, j'ai eu la chance de participer aux séminaires d'enseignement post-universitaire du Pr Louis Nahmani au sein de la Société Française d'Occlusodontie, d'abord en tant qu'auditeur puis en qualité de moniteur.

Dans le même temps, une étroite collaboration auprès de différents praticiens (chirurgiens-dentistes, chirurgiens en maxillo-facial, biomécaniciens, prothésistes, orthodontistes...) et parfois même au sein de leur cabinet m'a permis une plus grande ouverture d'esprit, un approfondissement de ma recherche de base, et surtout un véritable travail pluridisciplinaire avec un langage commun.

Marie-Pierre POULAT

Laurence MOUTON

Votre approche est-elle un travail en équipe ?

Il est évident qu'un travail pluri-disciplinaire de par l'ouverture qu'il apporte permet d'introduire des éléments d'une autre profession au niveau de la réflexion ou de la compréhension, mais dans tous les cas chacun reste dans sa spécificité et effectue la part de traitement qui lui est propre.

Cette collaboration ne peut qu'évoluer vers la recherche et la prévention dans chacune et pour l'ensemble des disciplines en présence.

Marie-Pierre POULAT

Laurence MOUTON

En quoi est-elle spécifique voir "marginale" par rapport à l'orthophonie classique ?

Cette démarche prend en compte la globalité du patient en respectant son seuil de sensibilité. Il est absolument ridicule de vouloir obtenir un comportement physiologique

conforme à la littérature, il faut restaurer le patient par rapport à sa vie quotidienne, à son anatomie personnelle, à la “somme pathologique” qu’il porte en lui, afin qu’il se retrouve en harmonie avec lui-même.

En clair, il ne s’agit pas de traiter un symptôme mais de traiter la ou les causes de cette dysfonction. C’est là qu’entre en jeu un véritable travail pluridisciplinaire, chacun dans sa spécificité, mais chacun pouvant intervenir sur le travail de l’autre, d’où la nécessité d’un langage commun.

Les orthophonistes restent trop souvent seuls face au patient dans leur cabinet alors que leur participation à l’élaboration d’une prothèse dentaire ou d’un réglage occlusal par exemple, peut permettre une évolution plus rapide du traitement de celui-ci. L’inverse est également vrai, nous avons tout à gagner des conseils voire de la participation d’autres professions à nos propres traitements.

Par ailleurs trop de rééducations dites nouvelles nous sont présentées sous forme de recettes (entendez plan de traitement pré-établis). A priori, tout exercice proposé est valable, à condition toutefois de savoir ce que l’on met en jeu sur le plan musculaire, articulaire, neurologique, ... et ce que l’on veut obtenir chez le patient.

J’ai surtout appris que rien n’est figé, que tel type de dysfonction linguale ne va pas forcément engendrer tel type de dysmorphose dento-alvéolaire ou de l’articulé dentaire, que tel type de dysfonction lors de la déglutition ne va pas forcément entraîner le même type de trouble lors du repos lingual ou de l’articulation de la parole.

Chaque patient est unique, nous le savions déjà, et il faudra toujours tout remettre en question afin de lui permettre de retrouver une fonction adaptée à son seuil de sensibilité propre.

Qu’est-ce qui caractérise votre démarche ?

Les rééducations traditionnelles des “troubles de la déglutition”, même les myothérapies fonctionnelles les plus adaptées me paraissent trop restrictives et font abstraction d’une réalité clinique souvent plus complexe. Je rejoins en cela les travaux de Maryvonne Fournier et J.P. Allaux qui y ajoutent une rééducation respiratoire (voies aériennes supérieures). De plus, il me semble nécessaire de prendre en compte le fonctionnement vélai- re, pharyngé, laryngé et tubaire en même temps et non de façon isolée sous peine d’inefficacité maximale.

J’intègre également des données posturales à ces traitements, les patients adultes et parfois même les enfants souffrant fréquemment de cervicalgies ou de migraines en rapport avec leur dysfonction.

Pratique sous-tendue par quelles théories ?

J’ai, comme beaucoup d’entre nous, pratiqué et étudié la méthode de rééducation de Barrett et Garliner au départ.

Mais elle m’est assez vite apparue comme étant insuffisante pour le traitement d’adultes (sans lui retirer pour cela toutes ses qualités), se limitant dans ses grandes lignes aux rapports langue-dents-sangle orojugale.

Mon passage au sein de l’équipe du Pr Nahmani, m’a permis d’avoir accès à d’autres travaux et donné l’envie de reprendre, par exemple, les cours d’anatomie, de physiologie et d’embryologie du Pr Delaire, ainsi que des travaux de Fieux, Cauhèpe... J’ai pu ainsi réunir une bibliographie assez importante sur ce vaste sujet.

Depuis, comme je l’ai déjà dit, le travail et la collaboration en équipe pluridisciplinaire a fait évoluer mon champ d’action et m’a permis de cerner les difficultés rencontrées et les solutions envisagées par d’autres praticiens.

Vous traitez quoi exactement par ce traitement mécaniste ?

Bien entendu, tout d’abord les “classiques” dysfonctions linguales en rapport avec les dysmorphoses dento-alvéolaires, ainsi que certains dysfonctionnements tubaires et/ou vélaires et ce de façon préventive aussi bien que curative. Il m’arrive en effet de recevoir de jeunes enfants de 3 ans qui présentent des troubles rhino-pharyngés quasi-permanents et qui bénéficient ainsi d’une sorte d’éducation respiratoire aboutissant à la

Marie-Pierre POULAT

Laurence MOUTON

Marie-Pierre POULAT

Laurence MOUTON

Marie-Pierre POULAT

Laurence MOUTON

Marie-Pierre POULAT

Laurence MOUTON

Marie-Pierre POULAT

Laurence MOUTON

quasi-suppression de leurs affections.

Pour rester dans un cadre strictement orthophonique, tout trouble articulaire régresse beaucoup plus vite si on associe ce type de traitement à la rééducation habituelle. Il trouve également sa place en phoniatry puisque sont pris en charge tous les organes effecteurs de la voix et de la parole (y compris l'appareil suspenseur du larynx). Il est également très efficace en complément de la rééducation des insuffisances vélares.

J'ai par ailleurs observé qu'une majorité d'enfants en difficulté d'apprentissage présentaient une dysfonction linguale et que la rééducation de ce trouble, leur permettant de libérer les mécanismes compensatoires mis en place (et qui, ne l'oublions pas, interviennent 24 h sur 24), favorisait une nouvelle canalisation de leur énergie. Il n'est bien entendu pas question de substituer une rééducation à une autre mais elles sont, à mon avis, complémentaires.

Dans un autre domaine, encore mal connu des orthophonistes, ce traitement trouve sa place en pré- et post-opératoire en chirurgie maxillo-faciale, face à certaines glosso-dynies (douleurs linguales), pour favoriser une adaptation prothétique et, plus récemment, en implantologie.

Marie-Pierre POULAT

Laurence MOUTON

Vous focalisez beaucoup sur la langue...

Non, absolument pas. De plus, ne parler que de la langue c'est oublier ce qui l'entoure, voire oublier le patient lui-même. Il est vrai que je me suis orientée par goût vers cette discipline comme d'autres vers la neuro-linguistique et que la plupart des patients que l'on m'adresse présentent ce type de dysfonctions neuro-musculaires.

Et ne me faites pas dire que les autres rééducations ne servent à rien, elles sont complémentaires voire primordiales dans certains cas. Les dysfonctions linguales ont des incidences sur d'autres comportements à distance, notamment un retentissement sur tous les organes vocaux, sur le fonctionnement des voies aériennes supérieures, sur des troubles de la posture (notamment au niveau des vertèbres cervicales), sur la fatigue et l'attention... mais ceci ne veut pas dire qu'elles sont forcément à traiter en priorité.

Marie-Pierre POULAT

Laurence MOUTON

Vous refutez les termes de déglutition primaire et atypique

C'est vrai, je n'aime pas le terme de déglutition primaire car primo, cela ne concerne encore une fois qu'un aspect du problème, et secundo, les fonctions linguales évoluent constamment de l'embryogenèse à l'âge actuel du patient (même si c'est la dysfonction qui évolue).

Il en va de même pour la déglutition atypique. S'il est exact que l'atypisme existe par rapport à la physiologie linguale, rien ne nous dit par ailleurs que cette physiologie corresponde au seuil de sensibilité du patient. D'autre part, la dysfonction est "typique" par rapport au patient et à son anamnèse et c'est aussi ce qu'il importe de découvrir et de comprendre pour mieux le traiter.

Ce sont des termes que nous évitons d'employer avec les divers praticiens avec lesquels je travaille, car en dehors d'une certaine connotation péjorative, ils ne correspondent pas à la réalité.

Publications et communications

— ALLAUX J.P. Apprenez à respirer à vos enfants. Ed. RETZ 1988.

— ALTOUNIAN G., DAUTREY J., LONCLE Th. Orthodontie linguale et retrognathie mandibulaire. 63ème Congrès de la Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale 23/26 Mai 1990.

— BARRETT R.H. Oral myofunctional disorders. Second édition. The Mosby company St Louis 1973.

— BAYLEM., FAVROLEB., MOUTONL. Les dysfonctions du complexe mandibulo-cranio-sacré. 27 octobre 1990 - LE MANS.

— BOURGE A. Langue et Orthopédie Dento-Faciale. Actualités Odonto-Stomatologiques No 79 p. 295-333. 1967.

— CAUHEPE J., FIEUX J., BOUVET J.M. Déglutition et troubles d'occlusion. Revue de Stomatologie. 1953/1954 No 10 p. 905/912.

— CHAUVOIX J., FOURNIER M., GIRARDIN F. Rééducation des fonctions dans la thérapeutique orthodontique. Ed. Sid - Vanves 1991.

— COULY G. Développement embryonnaire de la face. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris-France). Stomatologie 22001 A20, 21990 - 32 p.

- DELAIRE J. Considérations sur l'accroissement facial. Dédutions thérapeutiques. *Revue de Stomatologie* 72 - 57 - 76, 1971.
- DELAIRE J. L'articulation fronto-maxillaire. *Revue de Stomatologie* 77 - 7 - 921-930, 1976.
- DELAIRE J. Considérations sur la croissance crânienne = quelques déductions intéressant l'orthodontiste. *Actualités Odonto-Stomatologiques* N° 68 - 407 - 436 - 1964.
- DELAIRE J., FEVE JR., CHATEAU J.P., COURTAY D., TUSLANE J.F. Anatomie et physiologie des muscles et du frein médian de la lèvre supérieure. Premiers résultats de l'électro-myographie sélective. *Revue de Stomatologie* N° 78 - 2 - 93 - 103 - 1977.
- FARRIAUX J.P. et MILBLED G. Etat actuel de physiologie, physiologie de la déglutition. *La Presse Médicale* No 7 - 343 - 350 Paris 1965.
- FIEUX J. Etude des rapports de la phonation et de l'Odonto-Stomatologie. Thèse pour le D.S.O. No 933 1974.
- FONTENELLE A., WODA A. Activité tonique et posture de la mandibule, mastication, déglutition in CHATEAU M. Orthopédie dento-faciale, tome 1, Paris. Ed. Julien Prélat, 224 - 278 1975.
- GARLINER D.J. Effects of unrecognized abnormal swallowing *DJ Canada Dent-Ass* 1968 Juin 34, 301 - 304.
- GARLINER D.J. Myofunctional therapy in dental practice. Coral Gable (Florida) institute for Myofunctional Therapy 1971.
- LELOUP G., MOUTON L. Traitement Orthophonique des dysfonctions crânio-mandibulaires. Société Française d'Occlusodontie. 24/25 Septembre 1988, Paris.
- LELOUP G., MOUTON L. ATM et Phonation. Congrès national de l'Association Dentaire Française, 1989.
- LONCLE Th., DEFARD P.M., LABORIE F. Chirurgie Maxillo-faciale, Occlusodontie et prothèse. Société Française d'Occlusodontie 9/10 Juin 1990.
- LONCLE Th., LEZY J.P., IMBERT G., LEIBA J.M., MAYET M. Indications chirurgicales des dysmorphies maxillaires. *La Vie Médicale* No 4, Février/2, 1989.
- MAURIN N. Rééducation de la déglutition. L'Ortho Edition 1988.
- MOUTON L. Bilan détaillé et plan de traitement orthophonique des dysfonctions crânio-mandibulaires. 1er Congrès National de la Société Française d'Occlusodontie, 1989.
- MOUTON L. "Les problèmes posés par la langue". Rôle de l'Orthophoniste. *ONFOC Oise* 28 septembre 1991.
- MUGNIER Embryologie et développement bucco-facial. Ed. Masson et Prélat Paris 1964.
- NAHMANI L. et Al. Kinésiologie. Théorie et pratique. Tome 1 Ed. Comédent 1990.
- NETTER J.C. Caractères de la musculature buccale en fonction. *Entretiens de Bichat. Stomatologie* 1962 p. 44-46.
- RAMSAY Ch., WATSON J.S., GRANJAR R., WEINBERG S.A. Cinéfluorographic analysis of the mechanism of Swallowing. *Radiology* 64 - 420 - 432, 1986.
- ROMETTE D. La déglutition adulte normale, Mythe ou réalité ? *Revue d'Odonto-Stomatologie* 1975 5 - 365 - 371.
- WACHTEL B. Troubles de la musculature oro-faciale et anomalies dento-alvéolaires : Rôle et place de la rééducation neuro-musculaire. Mémoire pour le C.C.O. Université Paris VI, UER Pitié-Salpêtrière 1985.

Cette liste est loin d'être exhaustive mais est susceptible de donner des pistes de recherche.