

CLINIQUE LA LANGUE



DR JEAN-JACQUES VALLÉE
CHIRURGIEN DENTISTE
OMNIPRATICIEN
JEAN.JACQUESVALLEE@GMAIL.COM

La langue est l'organe clé de la croissance bucco-dentaire

Elle est le plus souvent responsable :

> de ce qui va bien

quand la boîte à langue est bien fermée et la langue en position haute (au repos et dans la respiration nasale...) elle stimule la croissance à chaque déglutition en poussant au bon endroit...

> de ce qui va mal.

quand elle a une position basse (respiration buccale, déglutition atypique, frein lingual trop court...) ou lorsqu'il y a des obstacles dans la bouche (sucette, pouce, lèvres...)

L'observation attentive de la déglutition est un élément essentiel du diagnostic et du pronostic.

Déglutition demandée 3 fois de suite...

Chez cet enfant, la langue reste au palais et il y a de fortes chances pour que le décalage créé par la sucette se referme en partie tout seul : ATTENDRE 2/3 mois ! Puis réévaluer.

Lucien - 3 ans et 6 mois

Arrêt sucette : J +2



Mais !... La majeure partie des problèmes de croissance, sont le plus souvent directement liées à des malpositions linguales



CLINIQUE LA LANGUE



... Une interposition linguale peut donc entraîner des dysmorphoses différentes selon les zones des pressions et les intensités de ces pressions... et sur le plan dynamique entraîner, très tôt, des lésions ATM comme dans ce dernier cas ci-dessus, lequel en Occlusion fonctionnelle donne :



Dans le cas suivant sont réunis, sur une même enfant de 4 ans, tous les éléments pouvant générer des troubles de la croissance bucco-dentaire liés à des malpositions de la langue :

- respiration buccale
- frein lingual trop court
- pouce
- béance
- déglutition atypique
- absence de mastication.



D'où la nécessité d'une interception précoce, souvent pluridisciplinaire ! Il est impensable de laisser évoluer de telles dysmorphoses plusieurs années.

Quelques éléments de réflexion déterminants pour une prise en charge précoce.

- **Le professeur Pedro Planas** dit considérer son chapitre sur la thérapie en denture de lait, comme le plus important de son ouvrage : "La Réhabilitation neuro Occlusale"
- **Le Professeur Michel Limme :** « à 3 ans, les troubles de la croissance oro-faciale touchent 7 enfants sur 10 ... »
- **Le Professeur Claude Duchateaux** écrivait en 2003... «... la plus grande partie des troubles orthodontiques sont dus à des problèmes fonctionnels de ventilation, de déglutition, de posture linguale et d'habitudes nocturnes. Il est donc de la plus grande importance de déceler très tôt ces facteurs déclenchants et de les éliminer... »
- **La Haute Autorité de Santé : mars 2006** «...il serait donc important de diagnostiquer précocement les dysmorphoses, pour qu'elles ne s'aggravent pas en l'absence de traitement... »

Bases de la rééducation linguale

La rééducation de la langue va passer, après élimination des obstacles par une rééducation fonctionnelle de la respiration nasale et de la déglutition.

Les obstacles

Par définition : TOUT ce qui peut empêcher, ce que l'on appelle "la boîte à langue", de se fermer normalement, c'est à dire avec toutes les dents en contact, celles du maxillaire venant recouvrir les dents mandibulaires. Cette position devrait s'obtenir naturellement avec l'arrivée des premières dents de lait et être en place dès 3 ans !



La "boîte à langue"

Ces obstacles sont nombreux et parfois imprévisibles. Les plus évidents sont les fameuses sucettes/tétines/tututes... et bien sur le pouce, les doigts et autres "doudous". Mais aussi, les interpositions de lèvres ou de langue entre les dents et bien sur, la langue elle-même, qui se positionne mal au cours de la respiration buccale (position basse) ou au cours de la déglutition en se plaçant entre les dents, par exemple.

La règle de base, à bien comprendre, est que notre système neuro sensoriel commande toute notre croissance bucco dentaire.

- Une bonne position de la langue au palais avec une poussée correcte au cours de la déglutition va entraîner un BON MESSAGE au cerveau (message afférent) et celui-ci va générer une BONNE REPONSE de croissance maxillaire (message efférent).
- Inversement, un message tronqué, comme une absence de poussée de la langue au palais va entraîner une absence de développement du maxillaire. De même, une poussée asymétrique de la langue au palais, parce que la langue est gênée par le pouce par exemple, va entraîner un développement asymétrique du palais, cette déformation dépendant également de la puissance de la pression linguale...

Rappel important

La prise en charge de l'enfant dès 3 ans a pour but de vérifier que ses fonctions : respiration nasale, déglutition, mastication soient bien installées, si ce n'est pas le cas, d'intervenir pour les rétablir en corrigeant les causes et leurs effets. Pour cela, le travail d'équipe pluridisciplinaire est particulièrement efficace et profitable à l'enfant.

La respiration nasale

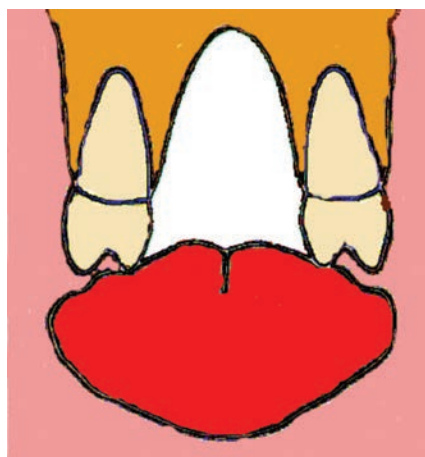
« *Le rétablissement de la ventilation nasale est la vaccination contre la maladie orthodontique.* » Professeur Claude Duchateaux

Le rapport avec la croissance bucco-dentaire peut être résumé par le fait que dans la respiration buccale, la langue est en position basse, alors que seule la respiration nasale permet une position naturelle au palais de cette langue.

Respiration buccale

Langue en position basse

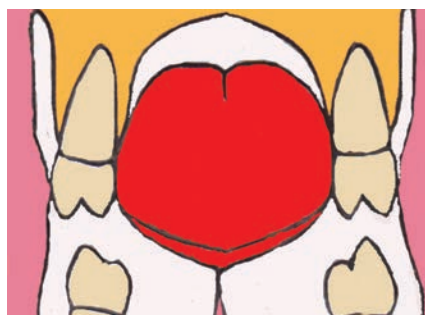
> hypo développement du maxillaire supérieur.



Respiration nasale

Langue en position haute

> bon développement transversal des maxillaires



Il faut donc, en présence d'un respirateur buccal procéder à un interrogatoire. Ainsi, en présence d'un enfant ayant été élevé au sein plusieurs mois, nous savons que

l'enfant a obligatoirement respiré par le nez, sa bouche étant bloquée par l'aspiration du mamelon. L'enfant, à cause de problèmes ORL à répétition, a été obligé de passer à une respiration buccale, qui, à force de répétitions, a pu s'installer. Il faudra alors faire une rééducation fonctionnelle de la respiration nasale avec la collaboration du médecin, et d'autres professionnels de santé concernés.

Le praticien du dentaire pourra utiliser des Educateurs Fonctionnels, très efficaces si ils sont bien portés, associés à des exercices de ventilation, appareil en bouche.

La déglutition

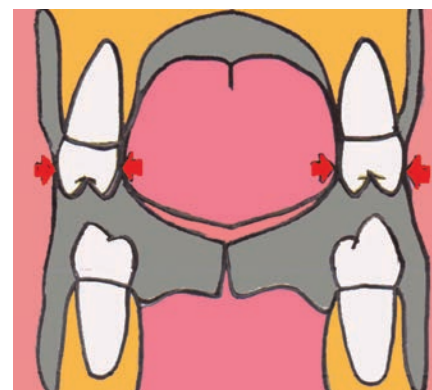
- Dès la naissance, la langue et les lèvres ont un échange sensoriel qui créé le reflexe de **succion/déglutition**. Avec l'arrivée des dents, le passage vers **la déglutition** est progressive.
- Elle devient de type adulte vers 3 ans, c'est-à-dire : **bouche fermée... dents serrées... langue plaquée au palais**

Elle est alors dite « normale ».

Mais si la Succion/Déglutition persiste, l'interposition linguale va créer divers troubles de croissance bucco-dentaire, puis, plus tard, sera à l'origine de récives après traitements orthodontiques.

Au repos (> 95% du temps/jour)

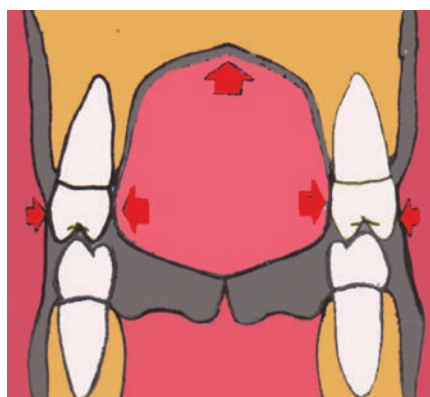
- lèvres jointes
- dents non serrées (espace libre)
- muscles détendus



CLINIQUE LA LANGUE

A la déglutition (x 2500 / jour) de la salive et des aliments

- lèvres jointes
- dents serrées
- langue en poussée contre le palais et des dents du haut
- pressions internes > externes



La mastication

C'est le **moteur de la croissance bucco-dentaire**.

Elle ne peut être efficace que si la "boîte à langue" est bien en place sur le plan statique et que sur le plan dynamique les mouvements de latéralité puissent se développer de façon symétrique et le plus horizontale possible.

Il FAUT apprendre à l'enfant à mastiquer de façon unilatérale alternée et sur les dernières molaires, et cela, le plus vite possible dès qu'il a sa première denture.

À 3 ans, l'enfant doit avoir déjà une abrasion physiologique de ses dents de lait. La faible dureté de la dent de lait est parfaitement adaptée à la musculature de l'enfant et permet la mise en place de la fonction masticatoire.

LA MISE EN PLACE PRECOCE DE LA FONCTION MASTICATOIRE EST LA MEILLEURE ASSURANCE D'UN DÉVELOPPEMENT MAXILLAIRE STABLE POUR LA BOUCHE DU FUTUR ADULTE.

- Une étude menée par le Professeur Denise Romette et publiée par l'UFSBD, portant sur l'ensemble du territoire fran-

çais et les enfants de 11 à 13 ans, a montré que 72% de ces enfants présentaient des malformations et des malocclusions.

- Pour le Professeur Michel Limme, le manque de développement des maxillaires des adolescents est lié au fait que notre alimentation est de plus en plus molle et la mastication peu ou pas efficace.
- Pour le Docteur Marie-Josèphe Deshayes, spécialiste des enfants dès la denture de lait, il est important que la fonction masticatoire soit bien en place **avant l'arrivée de la dent de 6 ans.**

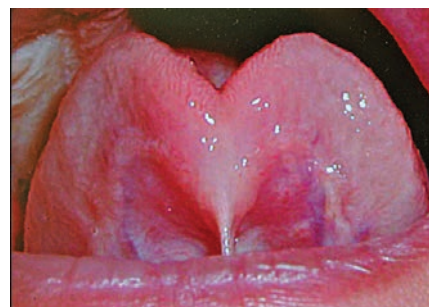
Bouche physiologiquement normale à 3 ans (sans aucune intervention)



Symétrie - abrasion physiologique - latéralités symétriques horizontales - diastèmes

Le frein lingual

Il faut absolument le vérifier très tôt, dès la première visite dans nos cabinets, car il est à l'origine de nombreuses malpositions linguales, entraînant des troubles de croissance bucco-dentaire, **puis sera un obstacle à tout traitement orthodontique (récidive quasi obligatoire) ou à tout traitement orthophonique. Nous rencontrons chez le jeune enfant, souvent, des freins à opérer.**



Les moyens à notre disposition pour rééduquer la langue

Le dépistage précoce

Il doit se faire vers 3 ans, car la denture lactéale est déjà en place et il faut faire un bilan statique et dynamique de la bouche, vérifier la mise en place des fonctions.

Ce bilan et son analyse est fait avec les parents dont la collaboration est essentielle à cet âge.

En fonction de ce bilan, de simples conseils pourront suffire, à condition d'avoir un suivi régulier à six mois, si l'enfant ne présente pas de signes de troubles fonctionnels. Si des problèmes sont détectés, une prise en charge s'impose, en fonction du degré de maturité de l'enfant et de la collaboration des parents.

La rééducation ou l'éducation fonctionnelle

Va être mise en place quand un problème lié à la fonction respiratoire ou (et) à la déglutition est mis en évidence. C'est ce que nous appelons l'Interception. Nous avons à notre disposition de petits appareils, les éducateurs fonctionnels qui, bien portés, vont nous permettre d'une part, de travailler sur la langue et la respiration nasale, d'autre part, de corriger des débuts de troubles de croissance des maxillaires. Il faut leur associer des exercices respiratoires et des exercices de rééducation linguale qui nécessiteront souvent une aide pluridisciplinaire efficace.

Nous verrons dans les pages suivantes quelques cas d'enfants traités de cette façon.

L'orthopédie dento-faciale

Elle est nécessaire pour traiter les dysmorphoses déjà bien avancées ou des enfants pour lesquels la prise en charge par des éducateurs fonctionnels ne présentent pas de garantie de réussite suffisante (Enfant non coopératif...)

Mais une prise en charge conjointe pour rééducation des fonctions s'imposera.

Oui, il est possible de traiter des enfants dès 3 ans

Mila - 5 ans

Semestre EF + RNO



Benjamin - 5 ans

5 mois d'EF + RNO *



RNO

Réhabilitation Neuro Occlusale par Equilibration occlusale afin de permettre à l'enfant d'acquérir une mastication unilatérale alternée.

Pour cela, il faut rendre les mouvements de latéralité aussi "faciles" d'un côté, que de l'autre. Ce point est important et fondamental, car si il y a une différence, l'enfant ira TOUJOURS au plus facile, et ce, même inconsciemment !

Cette réhabilitation est facile et efficace chez l'enfant en denture de lait.

Cet apprentissage de la mastication, le praticien doit le faire le plus tôt possible chez l'enfant et l'encourager. Puis il faudra contrôler régulièrement (tous les 6 mois à cet âge) que les mouvements dynamiques soient bien symétriques et aisés.

La mastication est le moteur naturel de la croissance.

La RNO fait partie intégrante de l'éducation fonctionnelle.

Maël - 3 ans

1 semestre EF + RNO**



Tous les cas présentés ont été traités par éducation fonctionnelle pour favoriser le remplacement correct de la langue, tout en interceptant les débuts de dysmorphoses. Ces enfants qui étaient en impotence masticatoire évidente, vont pouvoir déclencher une mastication correcte et développer leurs maxillaires.

Le but de l'interception en denture de lait est essentiellement **fonctionnel**.

CLINIQUE LA LANGUE

Julie - 3 ans

- Respirateur buccal
 - bilan ORL positif
 - 1 semestre EF + suivi à 3 mois
 - RNO *

**Noémie - 3 ans 4 mois**

- Cas Interception type en denture de lait
 (Interception de la dysmorphose, Equilibration occlusale + suivi régulier à 6 mois)



3 ans 4 mois



5 ans 6 mois

A découvrir bientôt

le rite **ortho**
 autrement