

CLINIQUE LA LANGUE



DOCTEUR JEAN-PIERRE DUBOIS

La langue et la déglutition

N'attendons pas que les malformations osseuses soient installées. Corrigeons les dysfonctions le plus tôt possible car chez l'enfant jeune l'os est très malléable. Lorsque les fonctions buccales de déglutition, ventilation et mastication ne sont pas intégrées en réflexe, il faudra les éduquer. Elles sont des urgences orthopédiques ! Si cela intervient sans tarder, alors toutes les dents trouvent leur place.

Langue pathologique

Si elle est **protrusive et haute** : elle va induire une Classe II 1 d'Angle, c à d : avancée du prémaxillaire + recul mandibulaire par contraction de la lèvre

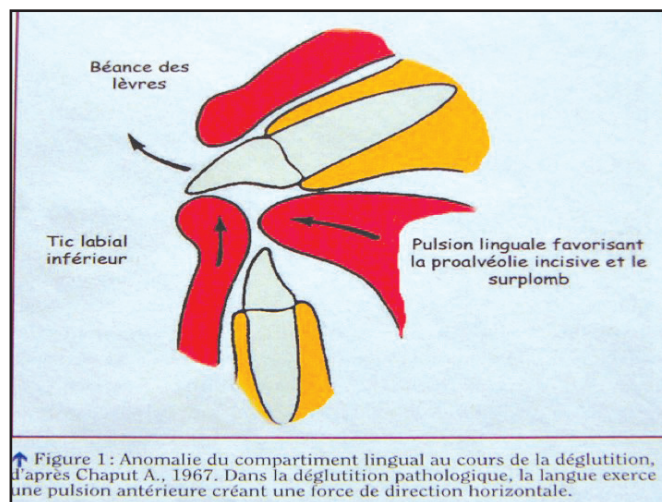
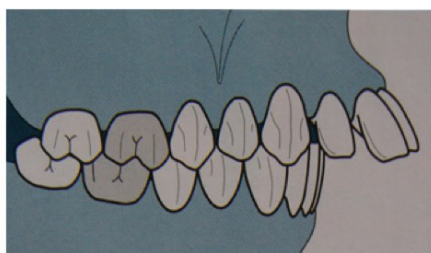


Figure 1 : Anomalie du compartiment lingual au cours de la déglutition, d'après Chaput A., 1967. Dans la déglutition pathologique, la langue exerce une pulsion antérieure créant une force de direction horizontale.

La langue : architecte de la bouche

Indispensable à notre survie, tant alimentaire que respiratoire, dans la formation des phonèmes et la maturation du cerveau, la langue et ses dysfonctionnements ont des répercussions importantes sur le développement harmonieux de la face et du crâne. Son mode de fonctionnement est déterminant dans le modelage des maxillaires. « *La langue occupe la place la première* » disait G. Couly, car elle est là avant les dents.

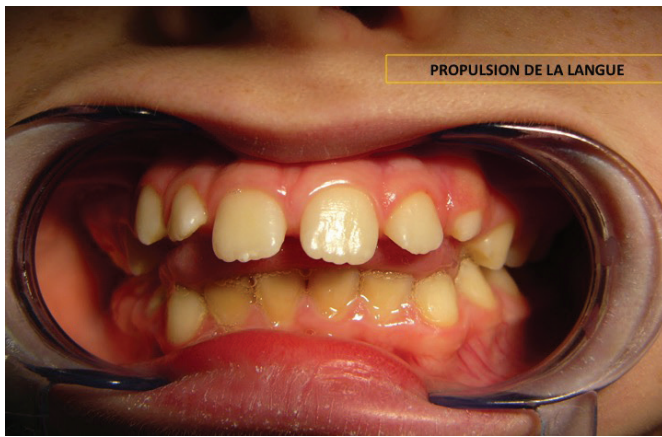
La succion-déglutition

Dans la bouche du nouveau-né, la langue est très volumineuse avec un positionnement antérieur. Pendant la tétée, les mâchoires s'écartent afin de la laisser passer ; la langue vient se

positionner entre les crêtes osseuses et les lèvres, elle participe au joint périphérique indispensable pour l'allaitement. La langue fait le vide dans la bouche en descendant vers le bas et en se contractant afin de réduire son volume, les joues se resserrent. Par cette action, une aspiration se fait. Nous parlons ici de déglutition infantile ou primaire, ou encore de déglutition-succion.

Comment diagnostiquer une déglutition infantile

Lors de la déglutition infantile, les lèvres s'entrouvrent brièvement, on voit de petits plis apparaître au niveau du menton et des fossettes se creuser près des joues. Alors que dans la déglutition "adulte" (dents serrées, langue plaquée au palais), aucun mouvement n'est perceptible sur le visage.



Au-delà de quatre ans, la déglutition infantile est considérée comme pathologique et peut être la cause de malocclusions. Divers sont les facteurs entretenant la déglutition infantile : l'utilisation prolongée des biberons, de la sucette, la succion du pouce ou des doigts, la ventilation orale, un retard dans le développement du système nerveux central, des problèmes occlusaux ... Cliniquement, une posture anormale de la langue s'observe par sa position avancée et basse, une poussée vers l'avant de celle-ci durant la déglutition avec une contraction des muscles mentonniers, orbiculaires, souvent accompagnés d'une hyperactivité des muscles buccinateurs, et une absence de contact dentaire. Les conséquences d'une déglutition infantile peuvent être de plusieurs ordres et toucher : les bases osseuses des maxillaires, la sphère ORL, la ceinture scapulaire, et la posture dans son ensemble de façon indirecte.

La déglutition mature

Le passage à la déglutition d'adulte se fait progressivement et dépend de l'éruption des dents définitives, de la diminution proportionnelle de la langue par rapport à la cavité buccale et son recul, de la maturation neuromusculaire et du changement d'alimentation. La période de transition se situe entre le huitième et le seizième mois et la déglutition mature s'installe entre deux et quatre ans. Nous parlons de "position normale" de la langue lorsque la pointe de celle-ci vient



se placer sur les papilles, juste derrière les incisives du maxillaire et sans entrer en contact avec elles, et ceci que ce soit durant la déglutition, la phonation ou au repos. On a une déglutition dite "adulte" lorsque l'enfant serre ses dents pour avaler et, avec sa langue, pousse les aliments dans le fond de la gorge sans que les joues se contractent.

Dans cette situation, les dents se placent en équilibre des forces

qu'elles reçoivent, c'est-à-dire en équilibre entre les muscles de la langue (qui en compte dix-sept) à l'intérieur et ceux des joues et des lèvres à l'extérieur ; situation qui peut évoluer tout au long de notre vie. La déglutition est un acte que nous faisons de façon automatique tout au long de la journée, que ce soit pour avaler notre salive ou pour ingurgiter des aliments. Nous répétons cet acte environ mille cinq cents fois par jour, d'où l'importance d'une bonne position de la langue dans ces moments-là. Malheureusement, nous nous apercevons que, pour 60% des enfants, cela ne se fait pas ou partiellement.

L'allaitement artificiel en est le grand responsable car, les muscles élévateurs et rétracteurs de la langue ne travaillent pas et la langue reste dans sa position basse.

Si le contact dentaire ne se fait pas, dû à l'interposition de la langue, des mécanismes substitutifs se mettent alors en place comme les contractions du muscle orbiculaire ou ceux du cou, ce qui provoque alors une extension de la tête et un recul de la mandibule (classe II d'Angle).

La classe II1 est typiquement le résultat d'une langue haute et protrusive lors de la déglutition. Avec la pulsion linguale qui favorise la proalvéolie des incisives supérieures et la contraction de la lèvre inférieure qui provoque le recul mandibulaire.

Si la structure et la physiologie sont normalisées, nous aurons par conséquent le psychisme de l'enfant qui sera renforcé. ■

UNE PROPOSITION DE RÉÉDUCATION

DE LA DÉGLUTITION DES PETITS

Pour les enfants de trois à six ans que les praticiens de la rééducation linguale (kinésithérapeute et orthophoniste formés par Maryvonne Fournier) ne souhaitent pas suivre pour leur jeune âge.

Prendre la comparaison d'un match de football car on a 22 joueurs (c'est-à-dire 20 dents de lait, la langue et les lèvres) et un arbitre (le doigt du patient).

On peut marquer un but en 3 temps :

- 1) ouvrir la bouche et contrôler la position de la langue au palais-derrrière les incisives,
- 2) serrer les dents mais ouvrir les lèvres,
- 3) plaquer la langue au palais vers l'arrière pour déglutir,

Le but est accordé sur le contrôle du doigt du patient sous la mandibule.