

# Ostéopathie

## et fonction linguale (première partie)

Les clés d'un ostéopathe pour vous aider à maîtriser et à automatiser les fonctions linguales afin d'améliorer l'efficacité de nos traitements en équipe pluridisciplinaire.

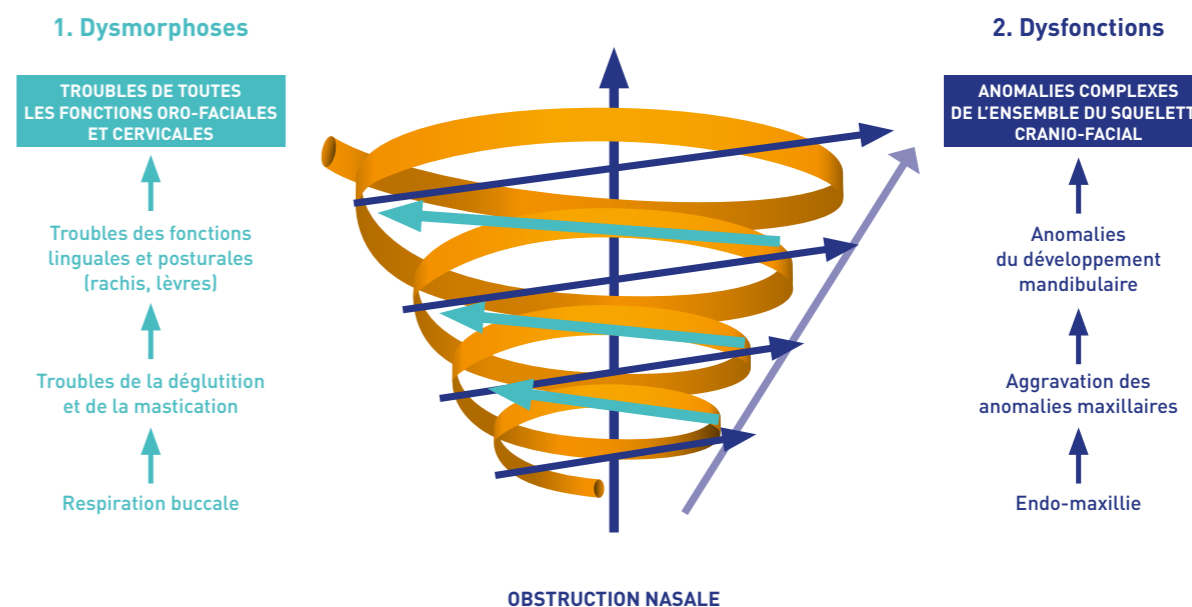
**Frédéric Vanpoulle**  
Kinésithérapeute-ostéopathe  
spécialisé en oro-maxillo-facial,  
conférencier et enseignant



Fig. 1

Fig. 2

### La spirale « vicieuse » dysmorpho-fonctionnelle



Depuis de nombreuses années, les orthodontistes prennent en compte l'éducation fonctionnelle dans le traitement de leurs patients. L'apport bénéfique de cette prise en charge fonctionnelle dans le traitement des syndromes d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) fait que de nombreuses spécialités médicales s'intéressent également à ce sujet, ce qui nous impose une évolution indispensable. En effet, les rééducateurs avaient une vision centrée sur les fonctions linguo-labiales, qui doit évoluer vers une maîtrise basi-linguale, zone clé de stabilisation fonctionnelle. C'est un changement fondamental, car nous éduquons nos patients debout ou assis par des actes conscients diurnes alors que le rôle néfaste des dysfonctions est avant tout nocturne, réflexe et sous-cortical. Alors, comment réussir à maîtriser les fonctions linguales et à les automatiser ?

#### Appréhender le rôle de la langue, une vieille histoire

L'orthodontiste est aguerri à l'observation morpho-fonctionnelle des patients ; il repère de suite les dysmorphoses, dysmorphies, DDM, dysfonctions linguales dans sa patientèle et par déformation pro-

fessionnelle dans son entourage. Mais il reste une étape à franchir : celle de l'analyse au cabinet des déviations morpho-statiques globales et leurs répercussions possibles sur l'équilibre bucco-dentaire. L'examen de la tête aux pieds et des pieds à la tête est très bien décrit par Pierre Robin dans son ouvrage de 1928 intitulé *La Glossoptose*. Il définissait très bien les « grands syndromes du glossoptosisme » par un examen des signes morphologiques, posturologiques, statiques et dynamiques. L'étymologie de *glossoptosique* devrait être reprise, car c'est une bonne définition de cet habitus asthénique, le plus souvent hypotonique, manquant de dynamisme, ayant un affaissement de la langue, une petite mandibule, un nez étroit qui ne respire pas, une désaxation, une bascule du bassin, un défaut d'appui plantaire... Cela fait donc un siècle que cette vision humaniste, globaliste, holistique s'est développée ; ce sont les fondements de la pratique orthodontique et pourtant nous nous devons de revenir aujourd'hui sur ces fondamentaux.

Lors de congrès d'orthodontie, il nous est présenté de beaux résultats des cas traités. Nous constatons pourtant parfois que l'inclinaison de la tête présente en début de traitement s'est accentuée en fin de traitement. Est-ce un phénomène postural ascendant du

fait d'une jambe courte, un problème oculomoteur, ou des séquelles d'un torticolis congénital? La compensation d'un déséquilibre cranio-mandibulaire par un traitement orthodontique peut faire décompenser les équilibres sous-jacents.

Il ne suffit pas d'observer, encore faut-il être en capacité de traiter, et chaque praticien dans son domaine de compétence aura ses limites. Dans les années 1960, Duyzings, dans *Form and Function*, mettait en évidence l'augmentation de la lordose cervicale associée à la ventilation orale et donc l'altération de la statique corporelle globale. Le professeur Delaire a développé tout au long de sa carrière ces notions de morpho-fonctionnalisme dans de nombreuses publications, en insistant sur « la ventilation aérienne supérieure, ses troubles, leurs retentissements sur le développement de la face » en 1997.

Mais à cette époque mécaniste, le fonctionnaliste avait du mal à faire entendre sa voix. Il n'était pourtant pas en avance sur son temps; c'est maintenant à nous de rattraper ce temps perdu pour mieux comprendre pourquoi certains traitements d'orthopédie dento-faciale peuvent récidiver.

Le professeur Delaire nous disait et nous dit toujours: « La ventilation orale est responsable de très nombreux troubles anatomiques et fonctionnels de l'extrémité céphalique et même de l'ensemble du corps. Le dépistage et le traitement des troubles de la ventilation aérienne supérieure s'imposent dans tous les cas et ceci le plus précocement possible. La ventilation orale peut être suspectée devant l'association des multiples signes cliniques et radiographiques qui l'accompagnent. »

Il a très bien résumé cette intrication dysmorpho-fonctionnelle dans son schéma dit « de la spirale "vicieuse" dysmorpho-fonctionnelle » (fig. 2).

On peut noter un intérêt grandissant des jeunes générations pour cette approche globale en consultant les sujets de thèses – pour n'en citer que deux: *Rôles du chirurgien-dentiste dans la prise en charge posturologique*, du docteur Maxime Durut, de l'université de Bordeaux (2014); *Place du holisme dans la dentisterie contemporaine*, par le docteur Cindy Le Bronec, de l'université de Toulouse (2015) –, mais également des articles dont celui-ci, intitulé « Ostéopathie et occlusodontie: une prise en charge partagée », dans la revue *L'Ostéopathe*. Il est rappelé dans cet article que « le dentiste a la compétence et la capacité pour traiter les dysfonctionnements du capteur stomatognathique. Dans la prise en charge des désordres posturaux, le rôle principal du chirurgien-dentiste sera alors la levée des obstacles manducateurs: c'est-à-dire tout trouble ou dysfonction de l'appareil manducateur en rapport avec le trouble postural. »

### La prise en charge précoce du capteur lingual

La fonction linguale est une des premières fonctions à se mettre en place, et cela dès la dixième semaine de vie intra-utérine. La langue descend des fosses nasales, les maxillaires se rejoignent, ce qui ferme la cavité dans laquelle va s'épanouir la langue. Très rapidement, elle acquiert la compétence à réaliser des déglutitions afin, entre autres, de déglutir le liquide amniotique pour l'épurer. C'est une période d'évolution psychomotrice oro-maxillo-faciale – avec des succions du pouce, du cordon ombilical –, de la motricité bucco-faciale et une période de développement de la motricité globale.

À la naissance, l'enfant aura eu six mois pour se préparer à s'alimenter au sein. Il vient au monde avec une compétence innée complétée par de l'acquisition sensori-motrice in utero. Pour que la langue du bébé soit jugée fonctionnelle, il ne doit pas y avoir de frein lingual court ni d'ankyloglossie vraie ou relative; on doit pouvoir observer une élévation naturelle de la langue lors des pleurs (fig. 1).

Une langue basse dans la mandibule, un petit retrait mentonnier et une difficulté de ventilation par le nez sont à l'origine de difficultés d'allaitement. En outre, le mamelon peut être affecté par des crevasses. Le traitement précoce de ces incompétences linguales est nécessaire et, en ostéopathie, nous chercherons à libérer les tensions musculo-aponévrotiques de toutes les chaînes musculaires, à déverrouiller la fonction linguale en redonnant de la compétence d'élévation de l'apex, à libérer les tensions basi-linguales au niveau du croisement des muscles élévateurs et abaisseurs (styloglosses et hyoglosses), à détendre les arcs palatoglosses, à normaliser les réflexes vélo-palatins, à libérer le haut de la pyramide nasale pour libérer la filière respiratoire nasale, etc. Cette thérapie manuelle précoce s'accompagne de conseils pratiques sur les techniques d'autostimulations de la langue, de mouchages efficaces, de tétées en position orthostatique, comme le conseillait déjà Pierre Robin en 1928. Cette position d'allaitement avantage les mouvements de protraction de la langue, ne génère pas de rotation de tête, favorise la préhension du mamelon et l'écoulement du lait vers l'estomac du fait de l'action de la pesanteur, ce qui diminue les reflux.

Nous prenons en charge précocement ce qui fait le lit des dysharmonies dento-maxillaires: frein lingual court, palais étroit, langue basse, troubles ventilatoires, hypo- ou hyperréflexie vélaire. Ces traitements précoces se font par des orthophonistes, des kinésithérapeutes formés, des ostéopathes ou des pédodontistes, mais aussi par une éducation des parents pour poursuivre, à domicile, les stimulations adéquates. En ostéopathie, nous intégrons systématiquement des corrections du bassin, des défauts d'axe corporel, de la tête, des torticolis, des compressions de la charnière cranio-cervicale, etc. (fig. 3). En effet, comment espérer obtenir une stabilité des fonctions manducatrices et linguales si l'enfant n'est pas stable dans son corps et dans ses appuis au sol? L'ostéopathe peut rectifier beaucoup de désordres morpho-statiques dès le plus jeune âge et en peu de séances. N'oublions pas que le temps joue un rôle dans l'organisation des chaînes lésionnelles par compensation... Ne perdons donc pas de temps, et traitons précocement les enfants. Remettre en mouvement, c'est donner des possibilités d'inverser le processus de mémorisation des stress et des chocs: stress physiques et physiologiques liés aux blocages ostéo-articulaires de l'accouchement et des chutes de la prime enfance (fig. 4). Ceci se traduira le plus souvent par des gains fonctionnels notables du sommeil, de l'alimentation, de la ventilation, du comportement moteur... ainsi qu'une meilleure régulation du système neurovégétatif avec, par exemple,

Fig. 3



Fig. 4

comme signe positif, un enfant qui ne transpire plus abondamment et sans raison apparente, une fois son équilibre retrouvé. La transpiration est un signe souvent associé à la respiration buccale, d'où une difficulté de régulation thermique.

La langue unit, par son appui palatin, toutes les chaînes musculaires, et c'est par le développement de la quadrupédie que se fait la maturation des chaînes croisées latéro-masticatoires dont dépend, en grande partie, la qualité des équilibres corporels. C'est une étape essentielle de découverte sensori-motrice du monde. Ces explorations progressives sont des apprentissages qui passent essentiellement par le développement des fonctions tactiles et gustatives bucco-linguales, car tout est porté à la bouche. La langue est un organe sensoriel qui se développe avec les capacités de préhension des mains. Marche à quatre pattes, développement de la mastication et capacité à s'alimenter vont de pair. Il est à noter que,



à l'entrée au CP, lors de l'apprentissage de l'écriture, la mauvaise tenue des crayons sera aussi une cause d'aggravation des dysfonctions linguales par désaxation du corps et de la vision.

Ces étapes de maturation des fonctions permettent à la langue de réaliser une rotation postérieure afin de descendre dans la cavité buccale, propice à une bonne évolution des compétences linguales. D'un investissement important en début de vie des fonctions labio-linguales (avec une dominance des nerfs VII) permettant la succion-déglutition sans nécessité de contact interarcade, l'enfant évolue vers des compétences linguo-manducatrices (et donc une sollicitation plus importante des nerfs V) où la déglutition se fait en occlusion molaire, ce qui la rend bien plus efficace. Si ce comportement n'est pas acquis à cet âge, le risque de conserver une déglutition primaire est grand. L'enfant compensera le manque d'efficacité de trituration du bol alimentaire en « molarisant sa fonction linguale », c'est-à-dire qu'il écrasera son bol alimentaire au palais avec le dos de sa langue afin de compenser le manque d'usage des fonctions masticatorices. L'aspiration jugale, les poussées linguales dans le palais, parfois la respiration buccale associée ne feront que creuser le palais. Il est marquant de constater que pratiquement tout traitement orthodontique commencera par une expansion maxillaire, nous sommes face à une véritable épidémie de petits maxillaires.

Pour le professeur Deffez, l'acte nutritionnel du nourrisson est systématisable en trois phases : la quête, la capture et l'ingestion, mais il ajoute que « la prédominance posturale de la capture ou de l'ingestion sécurisante traduit une personnalité profonde en même temps qu'elle peut constituer l'image motrice d'une parafonction secondaire »... et être à l'origine de dysmorphoses de classe II ou classe III ou de supra-occlusion (fig. 5).

Le lien entre classe d'Angle et posture a été établi depuis longtemps ; pour le docteur Clauzade, au prognathe correspond une posture antérieure primitive – ce à quoi il faut ajouter une langue en pulsion mandibulaire –, au rétrognathe, une posture postérieure et une langue le plus souvent en enroulement. Donc à chaque biotype occlusal de dysmorphose correspond une typologie posturale et, systématiquement, une dysfonction linguale. Il est important de remarquer que la classe I n'est pas un gage de normo-fonction. Ces types faciaux traduisent dans une certaine mesure le « profil psychologique du patient ». Ce lien morpho-psychologique est, le plus souvent, au détriment du patient qui se trouve en dehors des standards socioculturels actuels.

Pour le praticien, ce sera un levier de motivation très intéressant, car l'esthétisme l'emporte sur le fonc-

tionnel même si ces deux concepts sont, en clinique, intimement liés. Certaines para-fonctions de type expressions asymétriques du visage peuvent être simplement traitées par une approche psycho-comportementale avant qu'elle ne s'imprègne dans les traits du visage et donc dans la personnalité de l'individu à condition qu'elles soient repérées précocement. C'est, par exemple, une jeune fille qui acquiesce continuellement en réalisant un sourire asymétrique lui donnant un air ironique. Le patient peut ne pas en connaître l'origine ni même se rendre compte de l'effet négatif sur un plan relationnel. L'examen révèle une incompétence à réaliser la même expression du côté opposé et donc d'avoir un sourire équilibré. Cette jeune fille a donc surinvesti un côté du fait d'un hémivisage dominant pouvant, à force, développer une latéro-déviatation mandibulaire associée le plus souvent à une mastication également unilatérale.

→ **La restauration de l'équilibre myo-facial** et son intégration comportementale lui ont permis d'améliorer rapidement ses liens sociaux, d'embellir son visage par un sourire charmant car équilibré, et d'avoir une mastication alternée. On lui a surtout évité de subir des brimades injustes et de développer un comportement agressif du fait d'un sentiment de rejet. La langue, le nez, les dents, la posture en équilibre, mais il faut aussi une expression faciale équilibrée avec une bonne maîtrise des quatre cadrans du visage, ce qui est assez rare.

L'éducation fonctionnelle linguale permet dans certains cas de constater une récupération naturelle de la maîtrise des quatre cadrans du fait du travail des orbiculaires des lèvres et donc du retour de l'expression faciale par une stimulation des nerfs VII (nerf facial). Néanmoins, ce ne sera pas toujours le cas et il faudra par moments proposer une rééducation spécifique équivalente à celle des patients souffrant de paralysie faciale. C'est ce que nous appelons les dysfonctions linguo-labiales et/ou linguo-faciales. Les éducateurs fonctionnels de type EF sont une aide pour mettre les muscles à distance des dents et pour compenser les déviations structurelles provoquées par les dysfonctions et ainsi favoriser l'établissement de comportements plus équilibrés donc plus équilibrants.

### Pourquoi traiter les patients en position couchée

Les éducateurs fonctionnels sont des aides précieuses également pour les ostéopathes pour les mêmes raisons que l'orthodontiste : guider les fonctions, ce qui tend à dire que c'est un acte passif. L'Éducateur Fonctionnel sert à éduquer le patient, et c'est le plus souvent enseigner une conduite à tenir : toilette nasale, conditions d'usage et temps de port.



Fig. 5

L'Éducateur Fonctionnel sert à corriger les fonctions, ce qui est essentiel, mais nous pensons trop souvent qu'il suffit de mettre en place un guide lingual pour normaliser les fonctions. Chez certains patients, le fait de redonner de la compétence labiale et nasale entraînera tout naturellement une compétence linguale accrue. En revanche, pour d'autres enfants, ce guide ne suffira pas. Nous pouvons aussi constater une récurrence une fois l'EF déposé. C'est le cas d'un patient hyperdivergent qui serre fortement les dents avec son EF : le résultat sur l'alignement des dents est remarquable, mais, tout en serrant les dents, il a contraint sa langue à monter et à pousser sur l'EF. Une fois l'EF déposé, la pulsion linguale s'est renforcée et le patient récidive rapidement. Un EF entraîne un guidage, mais aussi une réduction de volume de la cavité buccale. Ceci impose d'éduquer le patient pour utiliser cet EF, c'est-à-dire à faire attention à ne pas pousser avec sa langue sur le dispositif et à l'utiliser comme une aide pour rétropositionner sa langue. Le mieux est de le faire en position allongée, comme il le sera durant toutes les nuits.

Pour les hypodivergeants, la difficulté sera de garder l'EF en bouche toute la nuit ; il faut alors renforcer les muscles élévateurs de la mandibule, mais en faisant attention de ne pas tomber dans le même travers que précédemment. La tonicité corporelle et comportementale est à prendre en compte. Le patient doit être en capacité de ressentir ce qu'il fait et ce que cela produit sur lui. Il est possible de lui demander par exemple comment il ressent son occlusion au coucher ; est-elle la même au lever ?

Il faut sortir des concepts mécanistes où le praticien agit et l'enfant réagit en se confortant sur le double sens du mot guidage. Être fonctionnaliste ne se résume pas à guider les fonctions : c'est aller au-delà de ce que l'enfant ressent, s'il accepte ou non, s'il comprend ce que l'on veut de lui, les moyens que l'on met à sa disposition tout en stimulant l'enfant à interagir car c'est un être avant tout neurosensoriel. Demander si l'enfant se sent confortable en bouche est important. La confiance et le confort sont des éléments essentiels de progrès et de stabilité, c'est notre meilleur levier de motivation.