

Déglutition

Le rôle morphogénétique de la fonction respiratoire n'est efficace que si la langue prend appui conjointement sur le palais et sur les arcades alvéolodentaires, sollicitant ainsi la suture médiopalatine par l'écartement des maxillaires. Le passage de la succion-déglutition (physiologique jusqu'à l'âge de trois ans) à une déglutition mature est donc indispensable pour que la croissance faciale se poursuive harmonieusement.

La déglutition est l'acte par lequel le bol alimentaire est propulsé de la bouche vers l'estomac.

La langue

La langue, au carrefour des fonctions oro-faciales participe à l'ensemble des fonctions (de nutrition – respiration, déglutition, succion, mastication – et de relation – sensibilité, mimique, phonation) qui répondent aux besoins de l'espèce. Elle est considérée comme un véritable organe conformateur à la fois des mâchoires et des procès alvéolaires.

Elle est un médiateur embryonnaire morphogénétique. Le squelette de l'étage moyen du visage, d'origine membraneuse connaît une croissance adaptative conditionnée par l'environnement fonctionnel. Tout comme l'œil est le conformateur de la cavité orbitaire et le cerveau celui de la boîte crânienne, la langue sera celui de la cavité buccale, dès que la déglutition de type « sujet denté » sera acquise.

Appliquée contre la voûte palatine, la langue stimulera la croissance transversale des maxillaires, et antéro-postérieures. Ces indications de croissance favorable seront transmises à la mandibule grâce à l'occlusion dentaire, répétée une fois toutes les minutes lors de la déglutition. Cependant, soulignons que l'activité morphologique de la langue est tributaire de l'environnement dans lequel elle exerce. C'est en association avec les structures qui l'entourent que l'étude de l'activité linguale sera la plus révélatrice.

Posture linguale

Verticalement : normalement, les arcades étant en occlusion, la langue au repos doit se trouver contre la voûte palatine, les bords étalés contre les collets des dents supérieures latérales et antérieures.

Sagittalement : on considère que la pointe de la langue doit affleurer la région palatine située immédiatement en arrière des incisives supérieures.

Volume lingual

Le volume lingual est à observer également, bouche ouverte, la langue doit être contenue dans l'arcade mandibulaire sans déborder sur les surfaces occlusales. En cas d'indentation latérales, la langue présente un volume excessif par rapport au contenant. C'est souvent une macroglossie relative : le contenant osseux n'est pas assez développé.

Chez le nouveau-né, la déglutition est inséparable de la succion. Elle s'effectue arcades séparées; la langue et la face interne des joues interposées entre les arcades et la musculature oro-labiale assurant l'étanchéité du joint. Dès lors que la mastication apparaît, la dynamique linguale s'inverse. C'est la base de la langue qui s'immobilise et la pointe qui devient mobile. L'orbiculaire des lèvres perd son rôle de joint puissant. L'enfant intègre de nouvelles sensibilités proprioceptives issues des ligaments alvéolo-dentaires. De nouveaux méta-circuits se créent au niveau du mésencéphale, qui viennent remplacer les anciens. Cependant, la projection linguale cesse rarement à ce stade. L'éruption des molaires permanentes agrandit la « boîte à langue ».

La mobilité linguale augmente. Le contact molaire pendant la déglutition est fréquent. La mise en fonction des incisives et surtout des canines, ainsi que la descente au cours de la croissance de l'os hyoïde, qui suit la quatrième vertèbre cervicale, contribuent à parachever la maturation de la déglutition. La déglutition se fait : lèvres jointes mais non contractées : apparition d'un écran antérieur labial, arcades serrées, les molaires étant en occlusion : apparition d'un écran antérieur dentaire, avec la pointe de la langue en appui palatin antérieur: contraction de la langue et des muscles sus et sous hyoïdiens. La langue doit être contenue à l'intérieur des arcades.

La rééducation oro-faciale

Les repères à donner pour le bon fonctionnement lingual sont essentiellement : l'occlusion dentaire et le contact langue-palais. Le simple fait d'expliquer que la déglutition doit se faire dents serrées sans participation des lèvres fait découvrir à la langue le mouvement de péristaltisme qui met en jeu le styloglosse, muscle élévateur du dôme lingual.

Deux objectifs sont à atteindre : casse le réflexe langue-lèvres et obtenir un mouvement efficace d'avant-arrière qui assure le joint langue-palais.

Réalisée par des kinésithérapeutes ou des orthophonistes, la rééducation neuromusculaire des fonctions oro-faciales a pour but de rééduquer la musculature oro-faciale et non pas comme c'est souvent le cas, uniquement la déglutition et la phonation.

La rééducation consiste à faire prendre conscience à l'enfant des postures et praxies incorrectes, et à lui donner les moyens de les corriger durablement. L'éducation fonctionnelle est active : après une prise de conscience du schéma corporel, et l'acquisition des mouvements physiologiques répétés, l'enfant enregistre le fonctionnement correct inconsciemment. Si cela est nécessaire, l'enfant doit être adressé à un spécialiste approprié (ORL, neurologue, psychologue, ...).