

Prise en charge chirurgicale-orthodontique et orthophonique des fentes labio-alvéolaires et vélo-palatines

BOUZID Halima*, ZELLAL Nacira

* *Service de chirurgie maxillo-faciale, C.H.U Mustapha-Alger*

1

Les fentes labio-alvéolaires et vélo-palatines sont importantes à considérer car elles entraînent à la fois une infirmité et une disgrâce esthétique.

Leur prise en charge est rendue difficile car elle s'étend sur une longue période et nécessite le concours de plusieurs spécialités.

Ainsi chirurgien, pédiatre, ORL, orthopédiste dento-maxillo-facial, prothésiste, orthophoniste et psychologue, doivent travailler en collaboration pour assurer à l'enfant porteur de fente un optimum esthétique et fonctionnel.

L'intervention chirurgicale constitue le premier temps du traitement des fentes.

Les protocoles opératoires sont nombreux et varient suivant les écoles. Certains préfèrent reculer le temps chirurgical autant que possible car il est générateur de désordres importants.

Cette notion est confirmée par l'observation des fentes arrivées à l'âge adulte sans avoir subi d'intervention. En effet, la croissance chez ces patients se poursuit normalement ; la largeur de la fente palatine diminue progressivement, les dents sont en bonne occlusion, mis à part celles qui bordent directement la fente.

Cependant, les troubles de déglutition de phonation et l'impact psycho-social plaident pour une chirurgie précoce, malgré les risques de complication sus-cités.

En général, la chéiloplastie est pratiquée à 6 mois. Vers 18 mois, le voile du palais sera suturé et suivi d'une mise en place d'une plaque palatine destinée à fermer en partie la communication bucco-nasale et à permettre le réalignement des lames horizontales du palatin.

La phonation est conditionnée par la reconstitution d'un voile du palais souple, long et qui puisse s'accoler à la paroi postérieure d'un pharynx non profond. Cette chirurgie doit être atraumatique, afin de minimiser le retard de croissance dans tous ses diamètres, du maxillaire (déformations osseuses ou endognathie).

Le résultat définitif d'un acte chirurgical sur la croissance du maxillaire est un phénomène difficile à prévoir, plusieurs facteurs en étant responsables :

- le type de réparation chirurgicale
- les modifications propres au chirurgien

- la survenue de complications lors de la cicatrisation.

L'orthopédiste dento-maxillo-facial interviendra pour intercepter et corriger ces déformations osseuses par des moyens orthopédiques- avancée du maxillaire – recul de la mandibule pour corriger la classe III, et expansion transversale du maxillaire pour corriger l'endognathie. Ce traitement orthopédique sera suivi d'un traitement orthodontique et d'une éventuelle prothèse de recouvrement. Les corrections chirurgicales majeures se feront après la fin de la croissance (ostéotomies).

Prise en charge orthophonique des fentes palatines

Introduction

Le protocole de rééducation orthophonique des fentes labio-palato-vélaires que l'on propose ici, est rendu opératoire dans le cadre de notre pratique clinique depuis 1979. Les résultats de son utilisation ont été publiés, sur la base de l'exposé d'études de cas y ayant répondu favorablement (voir références). L'exemple du jeune Nacim, âgé aujourd'hui de 18 ans, que nous avons pris en charge de 03 à 04 ans, et ce, parallèlement aux soins chirurgicaux qu'il recevait au service du Pr HAFIZ, avait, à titre d'illustration concrète de l'efficacité d'un protocole puisé de la phonétique clinique, accepté de venir, lors des Journées de Chirurgie Dentaire des 16-17 juin 1998, à l'Hôtel El Aurassi, ce qui m'a permis d'en prouver l'efficacité. Voici donc synthétisées les étapes de ce protocole.

I - principes de la rééducation

Après des entretiens préliminaires permettant de connaître le patient, de le sensibiliser à l'utilité d'une articulation correcte des sons , ainsi qu'aux possibilités que lui offre l'orthophonie, de retrouver une parole articulée recevable par la société, le clinicien doit évaluer et caractériser avec un maximum de rigueur:

- 1- les capacités articulatoires, c'est-à-dire phonétiques, restées intactes;
- 2- les lieux exacts ainsi que la nature des difficultés du patient.

Les capacités articulatoires restées intactes serviront de « portes d'entrée » pour la rééducation des troubles phonétiques : *premier principe*.

Second principe : la rééducation orthophonique consiste à habituer le patient à sa nouvelle anatomie, puisqu'elle évolue parallèlement à la prise en charge chirurgicale et à la pose, de l'appareil orthodontique.

Troisième principe : il est d'ordre phonétique et consiste en une double démarche:

1- celle qui consiste à ramener le système phonétique du patient au système normatif de sa langue maternelle, lorsqu'il n'est pas encore scolarisé, et de celle-ci, outre de la ou des langues didactiques (arabe classique et français), s'il est scolarisé.

2- celle qui consiste à aider le patient à se débarrasser de tous les modes compensatoires (souffle rauque, coups de glotte, substitutions phonétiques, syncinésies, etc...); oraliser les consonnes et voyelles buccales, puisque dans les fentes labiopalatovélaires, le sujet, en raison de la communication entre la cavité buccale et les fosses nasales, présente une déperdition nasale plus ou moins massive selon l'extention et la nature de la fente, et est, de ce fait, amené à nasaliser les sons buccaux.

Schématiquement, les sons buccaux sont les faisceaux de phonèmes constitués par l'ensemble des consonnes, sauf le [m] et le [n] et des voyelles nasalisées.

II- techniques de rééducation des fentes palatines: étude d'un cas (Nacim, 18 ans)

Le protocole rééducatif respecte 03 étapes successives:

II-1- Dresser le tableau normatif du système phonétique de la langue de rééducation. Voici celui de la langue arabe orale (N.Z., 1991) : c'est le système normatif qui servira donc de moyen de contrôle des progrès de la thérapie.

Système phonétique normatif arabe oral

Phonèmes conson. antérieurs

lab apic vibr lat siffl chuint

emphat.

ʔ □r □s

non emphat.

t d r s

phon.ignorés par la corrél. d'emph.

f

w b

m n

l z č dj

Phonèmes conson. postérieurs

palat vél uvul phar lar

ʝkg xR q h ɣhʔ

1-2 Procéder à l'analyse qualitative des transformations phonétiques, pour dégager le système phonétique du patient

- Faire passer à l'enfant le bilan phonétique en langue arabe (N. Z., OPU, 1984).
- Déterminer la nature phonétique des mutations, ainsi que leurs répercussions sur le système phonologique.
- Dresser le système phonétique du patient selon le même modèle que le système normatif. Les transformations phonétiques transcritibles y figurent à la place des sons transformés. Ce tableau du système des transformations est complété par les transformations intranscritibles éventuelles: coups de glotte, souffle rauque, syncinésies, etc... (signalées par ex. au bas du tableau).

Nacim présente une fente vélo-palatine suturée, mais avec persistance d'une légère fente au niveau du palais dur; une faiblesse de la motilité de l'orbiculaire des lèvres, et de la langue; une syncinésie des ailes du nez au moment de la production des sons oraux antérieurs. Il émet des coups de glotte entre deux syllabes ouvertes adjacentes: ex. [bè:ba] = [bè ڤba]. Voici son système phonétique :

Transformations phonétiques et nature des substitutions

s [smi:n] = [qmi:n]

= q

□s [so:m] = [qo:m]

sifflante occlusive

apico-dentale uvulaire

emph. et non emph.

Le [z], correspondant sonore de [s], est également réalisé [q].

donc : postériorisation du point avec changement du mode d'articulation. L'emphase n'existe plus au niveau des sifflantes, d'où réduction du potentiel phonologique.

t [tel ɣ ab] = [q□alɣ□□ab]

= q

□t [□tafla] = [q□afla]

apicodentale uvulaire (conservation du trait occlusif)

emphatique et non emphatique

donc : postériorisation du point d'articulation, avec réduction de l'emphase.

d [di:n] = [qi:n]

= q

□□d [□do:r] = [qo:□r]

apicale emphatique et non emphatique uvulaire

donc postériorisation avec réduction du trait d'emphase.

k [ki:ma] = [ɣ i:ma]

postdorsopostpalatale laryngale

donc postériorisation avec réduction de la distinction au niveau du point.

r [ri:h] = [ɣ i:h]

□

r [□□ra:h] = [ɣ a:h]

vibr. dent. emph. et occl.

non emphatique laryngale

donc postériorisation du point avec changement de mode d'articulation.

b [bu:bi] = [mu:mi] m

occlusive nasale

donc changement de mode de franchissement de l'air.

dj [djbel] = [djmél] g

prépalatale postdorsopostpalatale

donc postériorisation du point d'articulation.

II-3 Rééducation

05 étapes: tout en conservant présent dans l'esprit le principe de ramener le système pathologique au système normatif, il faut :

1- Déconditionner la nasalisation des sons buccaux, en utilisant le protocole d'exercices de rééducation du sigmatisme nasal. Cet exercice est systématique.

On demande au sujet de pincer les narines et de produire un sifflement prolongé : sssss....., en mettant en jeu la motricité alvéolinguale, le tout, en insistant sur un sifflement de plus en plus prolongé. A l'aide de la tige du guide-langue, posée au milieu de la langue du patient, on lui fait prendre conscience du mode de franchissement de l'air par le chenal expiratoire lingual oral. Une prononciation du sifflement se fait entendre au bout de quelques séances. L'on profite de cette étape, pour stabiliser cet acquis et pour instaurer le couple s / s, en associant chacun de ces sons prolongés à des voyelles :

SSSSSSS..... a

 i

 é

SSSSSSS..... e

 u

SSSSSSS..... o

Un [S] bref est associé au même faisceau de voyelles.

Ensuite, on rapproche consonne et voyelle et on met les syllabes explosives et implosives en contraste:

Sa - aS

So - oS, etc...

Ces mêmes techniques sont reprises dans des logathomes, puis des mots courts puis longs. La réussite est complète.

Le [z] est acquis après prise de conscience des vibrations laryngées, à l'aide de manipulations digitales, techniques gestuelles, et écriture phonétique de BOREL, associations vocaliques.

L'on remplace le [b] par le [m], en travaillant la tonicité labiale par des exercices musculaires, en gonflant les joues avec explosion à l'aide des lèvres, en résistant à la pression exercée par un guide-langue, une boule de papier à l'intérieur des joues, serrant et projetant les lèvres en rond, puis revenant à la position normale de fermeture des lèvres. L'on associe ensuite le son récemment acquis aux voyelles, on l'intègre dans des mots.

Le [t] est obtenu facilement grâce aux gestes de BOREL, au marquage de l'explosion au niveau apicoalvéolaire. Le [d] est saisi avec prise de conscience des vibrations laryngées.

L'emphase est acquise au niveau de ces phonèmes et du [s] à travers des exercices lexicaux:

[si:f] / [sé:f]; [tel ɣ ab] / [ta:b]; [du:mja] / [darb].

Le [r] est difficile à rééduquer. Nous nous sommes contentée de le transformer en [l] qui lui est plus proche que le [q].

Le [dj] est obtenu par une légère pression sur les muscles jugaux. Des schémas en coupe permettent de faire prendre conscience de l'explosion au niveau prépalatal. Une dizaine de séances ont été nécessaires.

Le [k] est capté à partir du [t], puis postériorisé au point postdorsopostpalatal.

2- Supprimer les moyens compensateurs

Le déconditionnement du coup de glotte s'obtient par la technique de la segmentation de disyllabes:

[bèɾba] = [bè] / [ba] en prolongeant chacune de deux syllabes: bè:..... ba:....., l'on s'aide de tracés de traits longs :

bè:..... _____; ba:..... _____.

Ensuite, l'on fait associer les deux segments, pour former le mot, sans recourir au coup de glotte. L'on modifie les contextes: [mama; chufi; wè:lu], etc...

La syncinésie est inhibée grâce à l'usage du miroir et de l'imitation.

N.B: l'ensemble de ces épreuves est précédé d'exercices de praxies buccofaciales, permettant le renforcement des muscles de la parole: exercices empruntés au Protocole d'A. Girolami-Boulinier ou de B. Ducarne.

3- Automatiser la nouvelle articulation en intégrant dans des mots, des phrases, dans le dialogue et la narration d'un récit, dans la lecture, dans la chanson, etc...

4- Retracer le système phonétique ou système postéducation, du patient et vérifier qu'il est assimilable au système normatif.

6- Contrôler le patient avec repassation du bilan d'articulation, deux ou trois mois plus tard pour vérifier la stabilité des acquis.

Bibliographie

ZELLAL N., *Cours de phonétique orthophonique arabe*, Préf. du Pr H. ABDELLOUAHAB, OPU, Alger, 1984

-----, *Test orthophonique pour enfants en langue arabe*, Préf. d'A. MARTINET, OPU, 1991

-----, *Approche phonétique clinique des troubles articulatoires*», Bulletin d'Audio-phonologie de Besançon, Univ. de Médecine et Pharmacie de Franche Comté, vol. VII, n° 2, pp. 251-266, 1991.