

## la mastication et la déglutition, guidance parentale et professionnelle

**GEIST Soleil a choisi depuis plusieurs numéros de traiter de l'éducation des tous jeunes enfants porteurs d'une trisomie 21. Le Docteur Martine HENNEQUIN qui enseigne à la faculté dentaire de Clermont Ferrand et travaille au Centre de Santé Bucco-Dentaire pour les Personnes Handicapées à l'Hôtel-Dieu (C.H.U. Clermont Ferrand) a rédigé cet article pour mettre en exergue l'éducation en matière de santé bucco dentaire.**

### La Mastication

*de 6 à 7 mois : une alimentation semi-solide*

L'enfant doit être positionné le plus près possible de la verticalité, avec la tête dans l'axe médian et en légère flexion (menton rentré) ; le tronc doit être à peu près symétrique et les bras posés en avant.

L'aliment doit être aussi épais que possible sans compromettre les mouvements de la langue. L'épaississement favorise les sensations proprioceptives tactiles et rend la collection du bol plus facile.

L'aliment doit être présenté par petites quantités, au milieu de la bouche, et seulement lorsque la langue est rentrée dans la bouche. La cuillère doit se placer en arrière de la pointe de la langue, sur la partie médiane, en exerçant une pression vers le bas.

La stabilisation de la mandibule doit être mise en œuvre pour renforcer la joue si cela améliore les mouvements de la langue et des lèvres.

Il convient de sélectionner une cuillère compatible avec la taille de la bouche de l'enfant, avec un creux assez peu marqué et des bords arrondis.

*de 7 à 9 mois, (incisives visibles) : une alimentation solide*

Les aliments qui se dissolvent facilement, comme des gaufrettes vanillées ou salées peuvent être introduites pour initier les mouvements de morsure et de mastication. Il peut être nécessaire d'assister la morsure en stabilisant la mandibule (la technique est décrite plus loin). Après une morsure, le morceau d'aliment doit être entraîné vers les côtés, par la personne qui alimente l'enfant, jusque sur les arcades, pour amorcer et développer la latéralisation de la langue.

Il est également important de donner à l'enfant l'opportunité de "mastiquer" des aliments. Des bâtonnets de croûtes de pain (mouillettes) peuvent être maintenus entre les dents ou les gencives.

*Premières molaires en place : alimentation autonome*

L'enfant doit être correctement installé dans une chaise haute ou sur une petite chaise devant une petite table. La plupart des chaises standard doivent être modifiées en épaisseur et profondeur. L'enfant doit être supporté dans une position correcte.

Si la mobilité de la langue n'est pas suffisante pour diriger les aliments entre les arcades, la personne qui alimente l'enfant peut guider la latéralisation avec une spatule, une fourchette ou le doigt.

Il peut également être nécessaire de contrôler la taille des bouchées que l'enfant prend. L'enfant qui bourre sa bouche peut le faire du fait de son incapacité à dégrader le bol en mastiquant. Les aliments mous, collants, sont les plus difficiles à mordre.

Très souvent, des comportements oraux de moindre maturité peuvent réapparaître au moment du passage à l'autonomie. Si ces comportements perdurent, l'autonomie d'alimentation peut être interrompue, partiellement ou totalement pour un certain temps.

Il peut être nécessaire d'assister physiquement l'enfant lors de l'utilisation de la cuillère. La déviation radiale du poignet associée à la supination de l'avant-bras est nécessaire pour porter la cuillère à la bouche de manière à orienter le bout de la cuillère. La cuillère doit être correctement introduite dans la bouche, au niveau de la partie médiane et pas seulement sur la pointe, et doit être enlevée en suivant un plan horizontal.

L'alimentation à la cuillère peut démarrer avec une assistance totale, selon l'enchaînement logique inversé, c'est à dire : cuillère à la bouche, cuillère dans l'assiette, remplissage de la cuillère en écopant (mouvement le plus difficile à apprendre).

A ce stade, les morceaux doivent être suffisamment collants entre eux pour adhérer facilement à la cuillère, et doivent également impliquer la mastication.

*par dessus la lèvre inférieure*



**langue en protrusion :**

*par dessus les incisives inférieures*



Langue reculée en arrière des incisives inférieures, légèrement déprimées



La cuillère est introduite lorsque la langue est reculée

La lèvre supérieure s'abaisse dans la cuillère, qui est retirée horizontalement

Les enfants porteurs d'une trisomie 21 adoptent très facilement, avec les aliments en purée, un comportement de succion immature (stratégie linguo palatine) exagérée et répétitive. En conséquence, à ce stade, cette texture doit être évitée chaque fois que cela est possible, au profit d'aliments qui nécessitent une mastication.

Une cuillère avec un manche adapté peut être utilisée initialement. La cuillère à manche épaissi et arrondi fonctionne assez bien pour les débuts. Quand l'enfant sera plus sûr, il pourra progresser et utiliser une petite cuillère arrondie et peu profonde.

L'assiette utilisée pour le repas doit être assez profonde avec des bords droits. Elle doit permettre à l'enfant de remplir aisément sa cuillère par un mouvement horizontal.

Soulignons qu'il convient d'utiliser des équipements que si cela s'avère nécessaire. Dans de nombreux cas, les systèmes d'adaptation ne sont pas des moyens pour améliorer les gestes, mais plutôt des méthodes pour réaliser une tâche.

Approcher la cuillère obliquement dans la bouche est une manière de compenser la supination et la déviation radiale du poignet. Il faut décroître graduellement le degré d'inclinaison de la cuillère jusqu'à ce qu'une cuillère banale puisse être utilisée.

L'utilisation des poignées préformées améliore l'agrippement et la stabilité. Progressivement, lorsque l'habileté pour s'alimenter s'améliore, utiliser les manches banalisés.

## BOIRE AU VERRE

Il est important de mettre en place l'utilisation du verre assez tôt de manière à ce que le biberon ne soit plus utilisé

autour de 18 mois. Le délai idéal pour abandonner l'utilisation du biberon dépend des mouvements que la langue développe au cours de l'utilisation de la cuillère. Si la langue se place correctement avec la cuillère, il n'est pas indispensable d'arrêter le biberon avant 18 mois. Cependant, si la langue vient lécher la cuillère et ne recule pas devant elle, en conservant un comportement primaire, il faut envisager la possibilité d'enlever le biberon.

Cette situation peut se présenter très tôt, dans les cas où la langue est peu active pendant la tétée.

L'initiation au verre peut se faire en utilisant un petit verre (moins de 60cm<sup>3</sup>). Un verre Tupperware ou un verre en plastique coupé peut être utilisé.

Il peut être nécessaire d'épaissir la consistance des liquides, pour que le contrôle dans la bouche soit plus facile pour l'enfant. Si les liquides sont épaissis, il faut ensuite graduellement leur rendre leur consistance d'origine. Pour épaissir, on peut utiliser :

- des nectars ou de la compote de fruit
- du lait en poudre
- du yaourt.



l'enfant qui place sa langue sous le verre présente un schéma de succion-déglutition immature. Il verse de l'eau dans sa bouche plus qu'il n'aspire

La rééducation passe par la prise de conscience du travail des lèvres au cours de l'aspiration, ce qui ne peut se faire si la langue est en protrusion. Le majeur placé contre la lèvre inférieure offre une butée à la langue.

La stabilisation de la mandibule est appliquée pour limiter et contrôler l'ouverture de la bouche.

Il est important pour cette étape de contrôler la position de la langue, qui doit se placer dans la bouche et non dans ou sous le verre. En cas d'apparition de mouvements indésirables, il peut être nécessaire d'interrompre l'enfant en train de boire pour repositionner correctement le verre ou la coupe sur la lèvre inférieure.

Le bord du verre doit être placé sur la lèvre inférieure avec une pression ferme vers le bas. Un doigt du manipulateur doit souvent être placé sous le bord du verre et sous la lèvre pour éviter la protrusion de la langue. Le niveau de liquide doit être régulé par l'adulte de manière à effleurer la lèvre supérieure et provoquer progressivement l'aspiration. Essayer d'associer 2-3 cycles d'aspiration-déglutition.

La tête doit être en position verticale plutôt qu'en hyperextension. Le maintien du menton rentré dans le cou, et le contrôle visuel du liquide par l'enfant sollicite la position

verticale. Un verre souple, éventuellement prédécoupé pour le nez, évitera le positionnement en hyper extension.

Quand l'enfant est prêt pour boire seul, les deux mains doivent être utilisées pour maintenir le verre sans assistance. La paume des mains doit se placer sur les flancs du verre et les bras doivent s'écartier du corps.

L'utilisation des verres à poignées ou à bec doit être évitée.

## TECHNIQUES

### stabilisation de la mandibule

Enfant n'ayant pas le contrôle de tête.  
Le bras passe derrière la tête de l'enfant.



Enfant ayant le contrôle de tête.  
Face à face.



### Peut être mis en oeuvre pour :

- Améliorer la fonction des lèvres et de la langue.
- Eviter la protrusion de la langue.
- Accompagner la morsure.
- Stabiliser la mandibule quand l'enfant boit (biberon et verre).
- Stabiliser la position bouche ouverte.
- Contrôler l'ouverture de la mâchoire.

### Application :

De côté : pour les enfants ayant un faible contrôle de tête ou tendance à pousser la tête en arrière quand il mange. Le bras passe derrière la tête de l'enfant.

- Le majeur est placé en jugulaire, sous le menton, repose sur les 2 côtés de la mandibule, au niveau de la base de la langue.
- L'index est placé sur le menton sous la lèvre inférieure.
- Le pouce est situé au niveau de la joue.

### Application :

Par-devant, pour les enfants qui maîtrisent le contrôle de la tête ou qui sont en position semi-verticale.

- Le majeur est placé sous le menton.
- Le pouce sous la lèvre inférieure.
- L'index est placé latéralement, en positionnement bas sur la joue.

## RESUME

Objectifs visant à l'acquisition des <sup>praxies</sup>praxies orales (temps buccal et mastication)

### 0 à 3 ans

- Optimisation de la succion déglutition primaire, (éventuellement, proposer à l'enfant une sucette).
- Acquisition de la déglutition secondaire (Apprentissage à la cuillère, apprentissage au verre).
- Apprentissage de la mastication (quand les molaires apparaissent).
- Passage à l'autonomie (tenir la cuillère, tenir le verre).

### 3 à 7 ans

- Atteinte des objectifs précédents
- Contrôle de la mastication
- Si nécessaire : correction de la dysmorphose par traitement orthopédique, ce qui implique l'éducation spécifique de l'enfant et une bonne coopération
- Hygiène bucco-dentaire réalisée par un adulte

### 7 à 12 ans

- Atteinte des objectifs précédents
- Si nécessaire : correction de la dysmorphose par traitement orthopédique ou orthodontique, ce qui implique l'éducation spécifique de l'enfant et une bonne coopération
- Apprentissage d'une technique d'hygiène bucco-dentaire efficace et autonome

### 12 à 16 ans

- Atteinte des objectifs précédents
- Si nécessaire : correction de la dysmorphose par traitement orthodontique, ce qui implique l'éducation spécifique de l'enfant et une bonne coopération
- Apprentissage d'une technique d'hygiène bucco-dentaire efficace et autonome

### Après 16 ans

- Atteinte des objectifs précédents
- Si nécessaire : correction de la dysmorphose par port d'une orthèse, ce qui implique l'éducation spécifique de l'enfant et une bonne coopération

## Martine HENNEQUIN

Ce document est principalement traduit et adapté d'un ouvrage qui n'est plus édité :

*Dixie SLEIGHT and Carol NIMAN (1984) Gross Motor & Oral Motor Development in Children with Down Syndrome, Birth through three years. A resource guide for early childhood Program Staff, St Louis Association for retarded Citizens, Inc. Developmental Services Department, 1240 Dautel Lane, St Louis, Missouri 63146.*

Il fait également référence à des techniques décrites pour la rééducation de l'enfant IMC par M. Le Métayer, dans : *Michel LE METAYER (1993) Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant. Education thérapeutique. Masson Editions, Paris.*