
INCIDENCES DE LA REEDUCATION LINGUALE SUR LES TROUBLES DU SOMMEIL

21e Congrès de Pneumologie de Langue Française

Jérôme Potenza
Kinésithérapeute
Saint Martin de Seignanx



« absence de liens d'intérêts »

**Obstruction
+ ou – importante
des V.A.S.**



**Apnées - Ronflements -
Hypopnées**

Et si la fonction créait l'état ?

Ventilation buccale

Micro traumatismes des VAS

Inflammation des VAS

- ➔ Volume des végétations
- ➔ Volume des amygdales
- ➔ Volume des autres structures

↘ Diamètre des VAS

Position de la
langue basse et
étalée

- Insuffisance active
des ailes du nez
- Lèvres atones

Collapsus + ou – important des VAS (*majoré la nuit
par hypotonie, et décubitus dorsal*)

Apnées – Hypopnées - Ronflements

Apnées – Hypopnées - Ronflements

Apnées et ronflements de + en +
importants

- ➔ Risques cardiovasculaires
- ➔ Fatigue diurne

Traumatisme irréversible au
niveau du voile du palais

Insuffisance active du voile du
palais

Fausse routes chez le vieillard

➔ **Espérance de vie**

Chez l'adulte

Quelles solutions ?

Rééducation ventilatoire et hygiène nasale

Ventilation nasale diurne au repos puis à l'effort et enfin nocturne

↘ Pathologies ORL (rhinites, angines...)

↘ Inflammations des VAS

↗ Diamètre des VAS

↘ Micro réveils

↘ voire disparition des Apnées,
hypopnées, ronflements

Quels outils ?

Rééducation de la ventilation nasale

Rééducation linguale:

- ◆ au repos
- ◆ à la phonation
- ◆ à la déglutition

Hygiène nasale

- ◆ ventilation diaphragmatique
- ◆ travail des ailes du nez
- ◆ Travail des lèvres

- ◆ VAS de diamètre optimum
- ◆ Diminution des résistances respiratoires
- ◆ Volume mobilisé suffisant avec un minimum d'efforts

Ventilation nasale

1. Hygiène nasale

- ✓ Nettoyage au moins quotidien du nez (avec Respirmer ou Rhino Hörn etc.)
- ✓ Exercices :
 - Crissement/cochon
 - La sirène
 - La respiration uninarinaire alternée
 - Mouchage **uninarinaire** (si je renifle je reviens colmater)

2. Rééducation de la ventilation nasale

- ✓ Travail des ailes du nez
- ✓ Travail d'une ventilation diaphragmatique
- ✓ Travail et automatisation d'une ventilation nasonasale au repos et à l'effort

On insistera en priorité sur les exercices qui peuvent jouer au niveau des VAS

- ✓ Exercice du piston pour retonifier le plancher buccal
- ✓ Exercices faisant travailler le fond de la langue avec les crissemments, le recul de la langue etc.
- ✓ Exercice langue pointue pour modifier la morphologie et rendre la langue plus étroite
- ✓ Sensibilisation à la position de repos en demandant de mettre la langue en bonne position sans l'y laisser (noter tous les jours sur un carnet)

4. Rééducation labiale

- ✓ Travail musculaire qui permettra l'occlusion labiale sans effort

Remarque

- ⇒ Les exercices sont **expliqués et FAITS** en séance : il ne suffit pas de dire...
- ⇒ On pourra coupler cela, si nécessaire, avec la relaxation

Plusieurs types de patients

Enfant sans facteur associé (*obésité, apnée centrale, etc.*)

- **1^{er} cas** : grosses amygdales, respiration buccale. Selon la mère : « *il est malade toute l'année* » et « *je n'arrête pas de lui dire de fermer la bouche* »
- **2e cas** : enfant opéré (amygdalectomie et adenoïdectomie)

Dans ces 2 cas :

- Soit le patient nous est envoyé pour un problème d'apnée **diagnostiquée**
- Soit **intercepté** (traitement orthodontique classique, scoliose, enfant de...). Dans un deuxième temps il sera orienté vers un médecin spécialiste du sommeil.



Notre rôle

⇒ Expliquer à l'enfant et aux parents les symptômes et les objectifs de sa rééducation

!!!

⇒ Recréer une ventilation nasale

⇒ Triptyque de Château

⇒ Travailler sur la posture et les tensions qui peuvent faire barrière

Adulte à la limite de l'appareillage mais avec conséquences dues aux apnées

L'adulte enregistré avec un IAH encore en dessous des moyennes mais qui exprime une gêne (*2 profils*)

1. Patient sec plutôt classe II, stressé, langue collée au palais et tendance au bruxisme

Notre rôle

- ⇒ Expliquer au patient ses symptômes et la conduite à tenir
- ⇒ Gérer le stress par la relaxation pour permettre un relâchement musculaire afin que la langue puisse se positionner correctement et rompre le bruxisme
- ⇒ Travailler sur la posture globale et les points de tension
- ⇒ Rééducation des fonctions linguales

Patient en légère surcharge pondérale avec une hygiène de vie discutable et une ventilation mixte voire buccale. *Sa femme dit qu'il ronfle de plus en plus*

Notre rôle

- ⇒ Expliquer au patient ce qu'est une apnée, hypopnée, ronflement et l'évolution si rien ne change
- ⇒ Expliquer l'importance de la perte de poids sur ces symptômes
- ⇒ Sensibiliser aux problèmes de tout facteur aggravant l'inflammation (tabac, alcool, ventilation buccale)

Traitement

- ⇒ Rééducation de la ventilation nasonasale
- ⇒ Rééducation linguale
- ⇒ Conseils d'hygiène de vie, orientation vers un diététicien

Enfant ou adulte, obèse ou pas, appareillé ou opéré

Ce patient peut

- soit nous être envoyé pour son problème de SAHOS
- soit arriver, et c'est souvent malheureusement le cas aujourd'hui, pour un tout autre problème et, c'est lors du bilan que l'on apprend qu'il est traité pour un problème d'apnée (**interception**)

Notre rôle

- ⇒ expliquer au patient le symptôme, le rôle de son appareil ou de son opération
- ⇒ Faire un bilan très détaillé pour connaître les plaintes du patient mais aussi pour voir où on peut éventuellement agir pour l'aider

Patient avec PPC

Problème :

- ⇒ Sécheresse nasale ou buccale, rhinite, etc...
- ⇒ Claustrophobie, étouffement
- ⇒ Agacement vis-à-vis de la machine

Notre rôle

- ⇒ Insister sur le fait que la machine ne guérit pas mais empêche les symptômes d'où l'importance de s'appareiller **toutes les nuits et toute la nuit**
- ⇒ Faire les exercices d'hygiène et de ventilation nasale et de rééducation linguale
- ⇒ Relaxation : facilite la ventilation diaphragmatique , ce qui optimisera le sommeil
- ⇒ Sensibiliser et diriger vers des ateliers thérapeutiques qui ont pour but de mieux gérer sa machine(entretien, bruit, masque...) mais aussi son quotidien.

Patient avec orthèse d'avancée mandibulaire ou opéré

On a joué sur le problème contenant/contenu en augmentant le contenant.

Si on ne corrige pas le contenu ???

⇒ risque probable de récurrence à plus ou moins long terme

Après un bilan détaillé on retrouve souvent

- une ventilation buccale
- un mauvais positionnement de la langue au repos
- une langue étalée
- ... et pire encore (immaturité...)

⇒ **Il est indispensable de procéder à une rééducation**

Cas clinique :

Une patiente de 66 ans avec OAM qui ne la supportait pas. Lors du bilan :

⇒ *Immaturité linguale !!!*

⇒ *Incapacité de faire passer l'air par le nez sauf en se mouchant, aucune maîtrise de la ventilation nasale*

Prise en charge

➔ C'est une rééducation longue dans un contexte déjà compliqué (car prise en charge pluridisciplinaire)

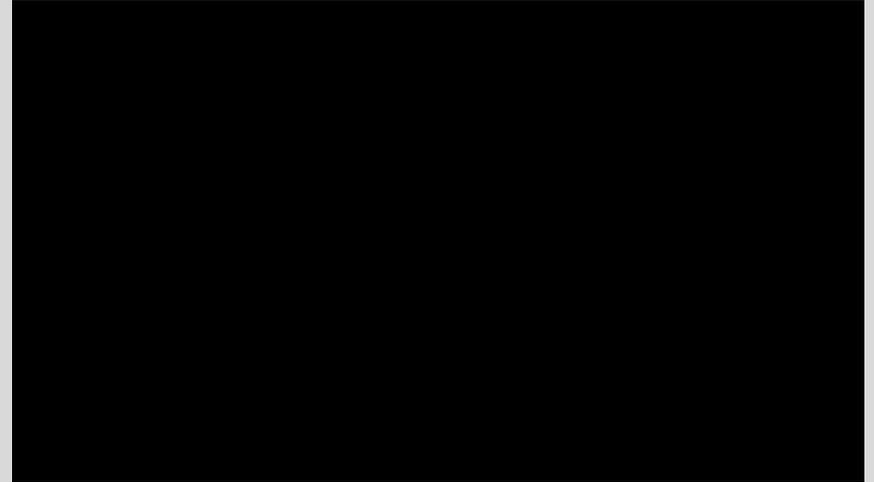
➔ **Le discours tenu par le prescripteur est primordial**

- Un bilan très détaillé (freins, leviers, évolution de la symptomatologie)
- Une séance hebdomadaire en cabinet les premières semaines
- Des exercices à effectuer **seul** et **tous les jours** afin d'acquérir l'automatisation
- Le mouchage est tabou : il faut faire travailler le patient devant nous et le « banaliser »

CONCLUSION

- L'apnée du sommeil et ses symptômes sont encore trop méconnus du milieu médical, périscolaire pour l'enfant et professionnel pour l'adulte.
- Chaque patient devrait au moins être bilanté par un rééducateur spécialisé dans les troubles ventilatoires.
- Ces troubles du sommeil entraînent non seulement des pathologies ORL mais perturbent aussi les fonctions cognitives et hormonales.
- L'idéal serait un apprentissage, **dès le plus jeune âge**, d'une bonne hygiène nasale, d'une mobilité linguale physiologique afin d'éviter toute interférence sur la ventilation nasonasale et donc **privilégier l'éducation à la rééducation...**

Discussion



Discussion

APNEES DU SOMMEIL

Un nouveau traitement

C'est un traitement d'un nouveau genre qui vient d'être autorisé aux États-Unis contre les apnées du sommeil : un **pacemaker de la gorge**. Ce syndrome se caractérise par des pauses respiratoires durant le sommeil, dues notamment à l'affaissement des tissus au fond de la gorge qui bloque l'air. **Le nouveau dispositif est un implant qui se glisse dans la cage thoracique : d'un côté un capteur est relié au poumon, de l'autre un stimulateur est relié à la langue et aux tissus mous du fond de la gorge. Si le premier détecte un arrêt de respiration, le second envoie une stimulation qui fait se rétracter les tissus, ce qui permet à l'air de passer de nouveau. Le patient dispose d'une**

télécommande afin de mettre en marche le dispositif le soir et de l'éteindre le matin. Il a été testé sur une centaine de patients⁽¹⁾ avec une bonne efficacité : le nombre d'apnées a été réduit de deux tiers environ et la fatigue est moindre. Ses effets n'étant pas tous connus, le stimulateur des voies aériennes est réservé, pour l'instant, à de rares patients choisis parmi ceux qui ne supportent pas les traitements de référence (appareil à pression positive). Son fabricant, Inspire Medical Systems, indique préparer une demande de remboursement en France. ■

(1) « Upper-airway stimulation for obstructive sleep apnea », *New England Journal of Medicine*, 9/1/14.

**MERCI
POUR VOTRE
ATTENTION**