

RUBRIQUE ORO-MAXILLO-FACIALE



Voici la rentrée et le numéro 60 de kiné à kiné. Une sixième année commence avec un nouvel article traitant du SAOS.

Plus particulièrement Frédérique BIGOT aborde le rôle du kinésithérapeute dans la prise en charge des patients présentant un SAOS.

Il est intéressant d'aborder ce sujet sous l'angle du kinésithérapeute praticien.

L'auteure développe sa vision en tant que kinésithérapeute et formatrice.

En le lisant attentivement on comprend rapidement qu'elle aborde ce sujet avec précision, éclairant les moindres détails et complexités techniques et pratiques.

Elle expose clairement avec beaucoup de détermination la démarche à suivre dans l'exercice quotidien. Comment s'inscrire dans une équipe pluridisciplinaire, comment aborder dans son cabinet un nouveau patient chez qui, à l'aune du bilan, on suspecte une possibilité de SAOS.

Effectivement si la lecture de ce travail parle aux collègues qui s'intéressent particulièrement à la rééducation Oro-maxillo-faciale (ROMF), il n'en sera pas moins un outil vite indispensable pour tous kinésithérapeutes non spécialistes.

Tous sont confrontés à ce type de questionnement sur la problématique du sommeil et de la ventilation

des voies aériennes. On retrouve cette difficulté fréquemment chez des patients suivis pour une toute autre affection.

L'apport kinésithérapique au traitement du SAOS s'inscrit donc dans les fondamentaux de la rééducation OMF telle que l'auteure la comprend, c'est à dire basée sur l'examen clinique et le travail des fonctions. Elle ne la conçoit pas telle l'activité de musculation que l'on nous le propose trop souvent comme une évidence. L'équation de principe entre travail musculaire, tonus et efficacité n'est pas forcément pertinente.

Ne dit-on pas : il ne faut pas confondre travail et précipitation?

Remarquons qu'en matière de tissus mous, de muscles de faisabilité notre réflexion doit être de même nature. Qu'elle s'exerce, s'entraîne des heures entières, se muscle, fasse tous les exercices possibles, jamais Sandra Perkovic dépassera la performance de la Kenyane Jamina Sumgong.

Bonne lecture

Francis CLOUTEAU - Responsable de la rubrique ROMF de Kiné À Kiné

SAOS ET KINÉSITHÉRAPIE RÔLE DU KINÉSITHÉRAPEUTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PORTEURS D'UN SAOS

AUTEURE
FRÉDÉRIQUE BIGOT,
MKDE - PRÉSIDENTE DU CERROF

Ce rôle est polymorphe. L'article fait ressortir trois cas de figures.

Il est question de prévention, le bilan diagnostique kinésithérapique (BDK) joue un rôle essentiel pour dépister les SAOS.

Le kinésithérapeute oro-maxillo-facial (KOMF) est

impliqué au sein d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée SAOS.

Les dysfonctions du patient SAOS s'expriment et deviennent symptomatiques. Il est fait appel au KOMF pour traiter ses symptômes.



**CERROF Cercle d'Etudes et de Recherches en
Rééducation Oro-Faciale**

Cercle d'étude et de recherche pluridisciplinaire dans le domaine de la santé otodologique et des rééducations

I DEPISTAGE

Le BDK est aussi un outil de dépistage, il peut permettre de suspecter un SAOS. Le KOMF peut alors orienter le patient vers les professionnels, les équipes spécialisées. Seules ces équipes ont la capacité de démentir ou d'objectiver le SAOS en s'appuyant sur une polysomnographie et autres examens complémentaires

Les principaux items du BDK en rapport avec le SAOS sont de plusieurs ordres.

1. Premier temps : clinique, c'est l'attitude, le comportement du patient qui est étudiée.

Deux cas de figure peuvent laisser suspecter des troubles du sommeil allant jusqu'au SAOS. Paradoxalement deux attitudes antinomiques alertent le KOMF : soit une attitude relâchée, asthénique que ce soit assis ou lors des déplacements du patient soit une impossibilité de rester immobile, tranquille, une tendance « hyperactive ».

L'observation est fondamentale, y compris l'attitude dans la salle d'attente. L'agitation du patient, l'attitude posturale sur sa chaise, sa façon de se tenir dans son cheminement vers la salle de travail. Tout ce qui est vu par le kinésithérapeute donne des indices sur le type de patient.

Le biais à ne pas négliger qui peut fausser cet examen est le niveau de « bonne éducation » du patient. Un patient sans code de comportement en société peut avoir un comportement inadapté sans pour autant de SAOS.

Le BDK commence par un entretien avec le patient.

Le patient est assis.

Là-encore, on va retrouver deux attitudes posturales

suspectes : le patient asthénique qui « dégouline » sur sa chaise et le patient « agité », qui n'arrive pas à se tenir tranquille...

Son visage peut montrer des signes de mauvais sommeil : cernes, poches sous les yeux...

Le patient se lève pour une évaluation posturale.

Chez le patient asthénique, sont observés une exagération de la cyphose dorsale, membres inférieurs sont en triple flexion, tournés en dedans.

Une allure qui rappelle en partie ou en totalité la description faite par Pierre Robin. (Biographie référence 1)

Chez le patient à tendance hyperactive, le patient ne tient pas la pause. Il faut souvent lui demander expressément de se concentrer pour rester immobile le temps du cliché. La prise des photos qui enrichissent le BDK n'est pas simple.

2. Deuxième temps, le questionnaire de qualité de vie qui concerne les troubles du sommeil, les difficultés diurnes conséquences du sommeil altéré

Ce questionnaire vise à apprécier la part de respiration buccale, de bruxismes lors du sommeil.

Ce n'est en aucun cas une démarche scientifique.

Il faut prendre en considération les différents biais de ce questionnaire.

Le 1er biais est constitué par le questionnement lui-même.

Le kinésithérapeute doit donner au patient des consignes précises sur les attendus.

Le patient est interrogé sur ce qui lui arrive le plus souvent, le plus habituellement...

Le questionnaire ne s'intéresse nullement à l'anecdotique.

Pour compléter ses explications, il peut être utile d'illustrer ces consignes par un exemple.

Le questionnaire débute par la difficulté d'endormissement.

Qui n'a pas été en but à ce type de problématique ?

Il faut préciser au patient que le questionnaire s'adresse à noter ce problème s'il se répète nuit après nuit...

Il liste, répertorie des difficultés du sommeil et de la vie courante. Il reste factuel et ne cherche pas en connaître les causes qui peuvent être multifactorielles...

Si le patient, malgré ces consignes, s'égaré, il ne faudra pas hésiter à lui rappeler gentiment mais fermement qu'il est hors propos.

2ème biais : le mode de questionnement.

Les questions doivent être formulées pour amener le patient à répondre par : OUI/NON/Possible.

Les questions sont donc fermées. Leur formulation doit se faire sans chercher à influencer le patient dans sa réponse.

Par exemple, prenons le premier item. Il concerne les difficultés d'endormissements.

« *Avez-vous des difficultés d'endormissement ?* » amène une réponse courte factuelle : *oui, non, possible*. Il faut formuler la demande sur une question fermée.

« *Vous-avez assez souvent du mal à vous endormir ?* », « *Vous-avez vraiment du mal à vous endormir ?* » L'adverbe utilisé dans la question influence le patient dans sa réponse. Cela l'amènera facilement à chercher tous les moments où il a rencontré des difficultés d'endormissement, ce qu'il ne manquera pas de trouver...

3ème biais : la coopération du patient

La démarche doit être expliquée au patient si l'on veut qu'il coopère. Les consignes doivent être clairement énoncées mais aussi habilement.

Il faut chercher à proposer plutôt qu'imposer.

Ensuite, on peut avoir deux cas extrêmes de comportements.

Celui qui n'adhère pas à la démarche rééducative qui cherche avant tout à prouver que son cas ne relève pas de la kinésithérapie OMF. Il ne va pas « jouer le jeu » et chercher à ne donner que ce qu'il considère comme la bonne réponse.

Inversement, celui qui noircit au maximum le tableau, qu'il faut couper dans ses réponses car il se perd dans l'inventaire de toutes les difficultés de sa vie et/ou de celles de son entourage...

En conclusion, on peut dire que le questionnaire n'est pas une "démarche scientifique" mais que l'accumulation de certaines réponses positives (en orange dans le tableau ci-dessous) peut amener le kinésithérapeute à orienter le patient vers une équipe spécialisée dans le traitement du SAOS.

Ce questionnaire pourra être reconduit dans des conditions similaires à distance du BDK.

Cela permettra de comparer les réponses tout au long de la démarche rééducative.

La répétition du test peut modestement objectiver des différences de qualité de vie.

Il ne faut pas oublier que les données collectées restent subjectives.

	DATES	BDK	Séance x	Séance y
Endormissement	Difficile			
Sommeil	Agité			
	Respire fort			
	Ronflements			
	Besoin de boire			
	Transpirations du crâne			
	Bavage			
	Mictions			
	Sensations d'apnée			
	Bouche ouverte			
	Bouche verrouillée			
Réveil	Sensation de sommeil non réparateur			
	Irritabilité			
	Bouche sèche			
	Bouche pâteuse			
	Douleurs rachis cervical			
Diurne	Douleurs épaules			
	Somnolence			
	Tendance hyperactive			
	Difficultés de concentration			
	Difficultés d'apprentissage			

Figure 1 Tableau du questionnaire

Conclusion du chapitre 1

Le kinésithérapeute OMF est un professionnel de santé sensibilisé au SAOS. Les items du BDK lui donnent la capacité de sélectionner et d'orienter un patient suspecté de souffrir de SAOS vers une équipe de prise en charge spécialisée.

II. PATIENT IDENTIFIÉ SAOS, rééducation OMF inscrite dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire du SAOS.

Ce sont des patients avec des SAOS objectivés, via une polysomnographie.

Ils font l'objet d'une prise en charge par un spécialiste du sommeil, par une équipe SAOS.

Là encore, il existe deux cas de figures extrêmes et une multitude de cas intermédiaires.

Certains bénéficient d'un traitement sous pression

positive continue (PPC) ou d'une orthèse d'avancée mandibulaire (OAM). La rééducation est alors incluse dans le travail pluridisciplinaire SAOS.

D'autres n'arrivent pas à supporter ni PPC, ni l'OAM et la ROMF constitue leur dernier recours.

Entre ces deux types de patients, il existe de nombreux cas particuliers. Les motivations sont variées et propre à chaque cas alors que les traitements (PPC et OAM) sont standardisés et protocolisés.

Ceux qui aimeraient s'affranchir de leur PPC pour un week-end, le temps d'une randonnée... Pour d'autres, le port de OAM est l'occasion de « décompenser » leurs dysfonctions OMF.

Les douleurs localisées dans le secteur mandibulaire associées aux troubles de la mobilité sont pris en charge par le kinésithérapeute dans le cadre d'une rééducation des praxies OMF.

La motivation du patient pour une démarche kinésithérapique est donc variable.

La motivation des prescripteurs est aussi variée. Elle est le reflet de leur niveau de connaissance de la discipline ROMF.

Quel que soit le contexte, le kinésithérapeute garde la même rigueur. La rééducation n'est efficace que si elle prend en charge l'ensemble des praxies OMF. Les objectifs de la démarche ne se restreignent pas aux attendus du patient et/ou du prescripteur.

La rééducation OMF prend en charge l'ensemble des items habituels, même s'il n'existe pas de protocole standard.

Chaque patient bénéficie d'un traitement rééducatif adapté aux besoins identifiés à travers le BDK.

Il faut néanmoins nuancer l'ordre de ce travail pour prioriser certains domaines et adapter aux besoins tout comme aux attentes de son patient.

Dans le cadre de la rééducation d'un patient atteint de SAOS, sont privilégiés les items du BDK qui se rapportent aux voies aériennes supérieures (VAS)

1. L'analyse qualitative de la respiration est un chapitre développé du BDK.

La respiration physiologique est nasale. La rééducation OMF a toujours pour but de permettre de respirer par le nez en toutes circonstances.

Le patient SAOS rencontre des difficultés respiratoires qui vont jusqu'à l'apnée pendant son sommeil. Cela met sa santé et sa vie en danger.

Le patient y est **interrogé** sur ses antécédents ORL, traumatiques les allergies respiratoires, reflux gastro-œsophagien, asymétries cloisons nasales...

Le questionnaire (figure 1) est complété.

Il s'agit d'un **examen clinique**.

Cet examen cherche à évaluer le type de respiration : buccal, mixte ou nasal.

Le patient est **observé avec minutie**.

Un patient, bouche en constante inoclusion labiale, tout au long du BDK, peut être, néanmoins, qualifié de respirateur buccal.

Un patient, bouche en occlusion labiale, n'est pas pour autant un respirateur nasal, au sens strictement nasal. L'examen clinique qui se fait alors que le patient est assis n'est pas probant.

Le kinésithérapeute va réévaluer la capacité du patient à respirer par le nez alors que le patient est en mouvement, debout...

L'occlusion labiale doit encore être effective pour considérer le patient comme respirateur nasal.

L'observation se poursuit sur les reprises de respiration après déglutition des boissons, aliments à la fin de prise de parole. Elles doivent, elles-aussi, être nasales.

La rééducation OMF ne sera terminée que lorsque inspiration et expiration seront nasales en toute circonstances.

Cet objectif est incontournable.

Cela nécessite une déglutition physiologique.

La rééducation OMF est globale, ne traite pas individuellement la respiration mais s'adresse à l'ensemble des praxies OMF.

Ensuite vient une **série de tests pratiques**.

Durant l'ensemble de ces tests, le patient est assis.

» **Test d'hygiène nasal**

Mode opératoire : il est demandé au patient de se moucher sans plus de précision.

Il s'agit de savoir ce que spontanément le patient entend par mouchage.

Est observé la **qualité** du geste.

Pour être pleinement efficace, le mouchage doit s'effectuer en uni narinaire.

Le nez doit être maintenu propre.

Le kinésithérapeute questionne le patient sur la **fréquence** de geste au quotidien.

Il préconise de le répéter matin et soir même en l'absence de rhume.

Le patient doit accompagner de lavage de nez que ce soit avec l'eau du robinet, le sérum physiologique, le spray nasal...

La respiration nasale est la respiration physiologique.

Pour respirer par le nez, il est incontournable de veiller à y maintenir une **hygiène irréprochable**.

L'apprentissage de ces techniques est indispensable.

La mise en place « rituelle » biquotidienne matin/soir est obligatoire.

La sensation de **bien-être** qu'elle procure rend ce mode de mouchage très vite incontournable.

» **Test de respiration nasale**

Objectif : apprécier le confort que procure la respira-

Résultats, plusieurs cas de figure :

a. Cliniquement, le patient respire tranquillement, son visage est impassible, il semble être confortable et semble pouvoir tenir la consigne : rester en occlusion labiale ad aeternam.

A la fin du test, quelques minutes, Il est questionné sur le confort ressenti pendant le test.

Deux cas de figures : soit le patient affirme avoir été confortable soit il parle d'inconfort, de sensation de ne pas avoir son « contentement » d'air.

b. Cliniquement, le patient présente des signes d'inconfort.

c. Le patient se force à tenir la consigne, il crispe les lèvres

d. Le patient tient la consigne tout le test, il ouvre la bouche dès l'annonce de la fin du test

e. Le patient ouvre la bouche avant la fin du test

Nota bene : ce test n'est pas celui de Rosenthal.

Une fois le test fini, le patient est questionné sur la position de l'apex lingual en bouche. De façon expérimentale, le test peut être refait avec une position corrigée.

Bien souvent, le ressenti est une facilitation de la respiration nasale. Le patient parle alors de « plus grande ouverture... ».

Les réponses sont notées. Une respiration nasale confortable voir plaisante fait partie des objectifs de

la KOMF.

tion nasale.
Mode opératoire : le kinésithérapeute demande au patient de « garder la bouche fermée » et de respirer tranquillement. Il observe le patient.

» **Test de technique d'olfaction**

La zone de perception des odeurs est principalement située en rétro-nasale.

Pour ressentir une odeur émanant de substances chimiques présentes dans l'air, l'air inspiré doit stimuler les récepteurs. Pour ressentir une odeur, l'inspiration nasale est incontournable.

Objectif du test est d'analyser la capacité de « flair, flairage » du patient.

Déroulé du test : une boîte odorante est utilisée. Elle est présentée et posée sur la table à la disposition du patient.

Il est demandé au patient de la saisir et de la sentir. Rien n'est précisé quant à la façon de s'y prendre pour ne pas influencer son geste.



Figure 3 : Exemple de boîte pour test olfactif

Cliniquement

Sont principalement observés quatre paramètres.

- a. Tout d'abord quelle gestuelle : membre supérieur et rachis, le patient adopte pour saisir la boîte.
- b. La bouche est-elle en occlusion labiale ?
- c. Observe-t-on un battement des ailes du nez ?
- d. Une odeur est-elle ressentie ?

TEST Olfaction	Préhension	Ailes du nez	Occlusion labiale	Perception odeur
BDK	Validé	Non validé	Validé	Validé
Séance x				
Séance y				

Figure 5 : exemple de test d'olfaction au BDK

Idéalement, le patient porte l'objet aux narines avec une préhension sans compensations. Les lèvres sont en occlusion. Pour le sentir, il procède à une inspiration nasale. A l'inspiration, les ailes du nez s'écartent. Il sent une odeur.



Figure 4 : Ouverture des ailes du nez lors du flairage

Les séances de kinésithérapie auront pour but de valider l'ensemble des paramètres : préhension de la boîte, mobilité des ailes du nez, occlusion labiale, perception d'une odeur. (cf.figure 5)

Le test peut être répété au décours de la rééducation pour mesurer la progression.

Nota bene : au préalable, le patient s'est dégagé le nez.

Le test ne mesure pas la capacité du patient à reconnaître une odeur.

Ce test d'odorat n'est pas discriminatif.

2. L'analyse des performances du voile du palais

Le voile du palais est inclus dans le système vélo-lin-guo-palato-hyoïdien VLPH*.

Chaque muscle système doit être performant.

De la synchronisation précise de contraction et dé-contraction des éléments de VLPH dépendent la phy-siologie des praxies.

La contractibilité, la mobilité du voile sont étudiées dans ce test.

Déroulé du test : Bouche en grande ouverture, le pa-tient doit prononcer une note, dire un « A » qui dure cinq secondes.

Difficultés : l'amplitude de l'ouverture buccale (OB) peut limiter par inconfort, blocage... Il faut en tenir

compte et ajourner ce test tant qu'une grande OB n'est pas possible.

Cliniquement : sont observés la mobilité du voile : luette et piliers.

Il est possible de scorer le voile du palais.

a. Score 1 : pas de mobilité, la luette n'est pas visible.

Biais possible : l'arrière de la langue est ascensionné et masque la luette.

b. Score 2 : la luette est visible, son extrémité inférieure, l'uvule palatine est visible, les piliers du voile constituent une voute romane.

c. Score 3 : la luette se hisse et se rétracte au palais. La forme de la voute devient gothique.

d. Score 4 : la luette est encore plus rétractée, les piliers se rapprochent pour être au contact.

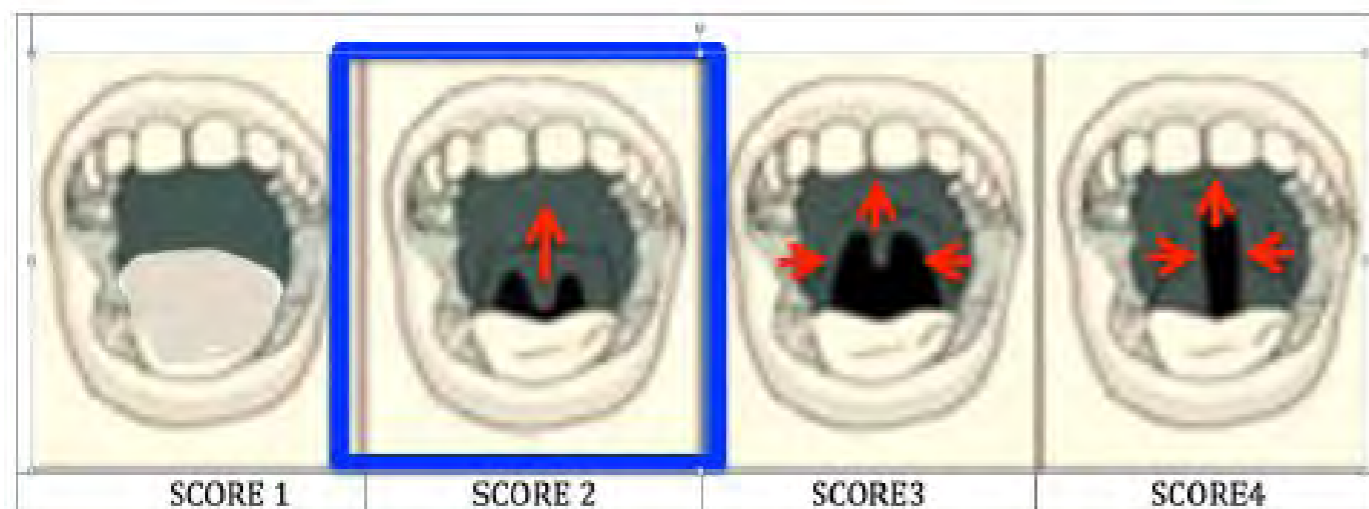


Figure 6 : schéma de score du voile du palais au BDK (F Clouteau)

Le test sera répété lors des séances de rééducation pour mesurer la progression. Elle permettra au patient lui-même de se fixer l'objectif d'atteindre le stade ultérieur. Il faudra chercher à travailler le voile en endurance, tenir la contraction au-delà de la performance de mobilité.

Classiquement, deux clichés du voile sont insérés dans la BDK : au repos et lors du test de mobilité. L'enregistrement en fichier vidéo illustre pleinement les étapes de la progression.

V3M, l'outil dédié de la KOMF offre cette possibilité.

Figure 7 : la mobilité du voile du palais, objectivée par le patient sous V3M



Figure 8 : progression des performances vélares enregistrées avec V3M.

L'objectif de toute ROMF sera d'arriver au score 4.

NB : Les schémas de la figure 6 font penser à ceux du score de Mallempati, il ne faut pas les confondre.

Conclusion du chapitre II

Dans tous les cas, l'objectif du patient sera de faire diminuer le taux d'apnée par heure. La KOMF est axée sur l'apprentissage de la respiration nasale. Les performances vélares sont une priorité. Cette éducation praxique respiratoire implique l'apprentissage de la déglutition physiologique. Ces deux praxies sont indissociables, comme un vieux couple, elles vont bien ou mal ensemble. La KOMF s'inscrit alors dans un travail pluridisciplinaire. Le patient travaille en parallèle à améliorer son hygiène de vie : pratique d'activité physique, sevrage des addictions, diététique alimentaire. L'évolution, les progrès sont objectivés par la polysomnographie

III. PATIENT MULTI-SYMPATOMATOLOGIQUE OMF, la rééducation OMF prescrite pour d'autres symptômes que le SAOS

La KOMF est une démarche globale et traite invariablement l'ensemble des praxies OMF. La prescription ne porte elle, bien souvent, que sur un symptôme. Pour correspondre aux attentes administratives de la nomenclature des actes professionnels (NGAP), il est préférable que soient détaillés l'ensemble des actes nomenclaturés ou pas lors de la KOMF.

Le kinésithérapeute dûment formé et qualifié en KOMF garde rigoureusement en tête l'indissociabilité des praxies. Il sait que pour éliminer durablement les symptômes consécutifs des dysfonctions, il lui faudra traiter l'ensemble de la problématique identifiée au BDK, symptomatique ou non.

L'alpha et l'oméga de la ROMF sont **une respiration et une déglutition physiologiques.**

Le score de Mallempati étudie l'espace disponible en vue d'une intubation, alors que le schéma fig.6 étudie le mouvement et le cône.

En aucun cas, le rééducateur se contentera de ne vouloir limiter ses objectifs de traitement à la seule demande formulée sur la prescription et/ ou par le patient.

La démarche de KOMF n'est pas symptomatique mais globale et fondamentale.

1. Patient adulte suivi par une équipe SAOS présentant des perturbations de mobilité mandibulaire

La demande de ROMF peut graviter autour de la capacité du patient à supporter une AIOM.

Cliniquement : Le BDK va évaluer la mobilité de la mandibule, mesurer les amplitudes, apprécier les trajectoires. Il permet de lister l'apparition des bruits articulaires, des douleurs et d'identifier les circonstances de leur survenue.

Le patient est questionné sur l'impact de ces difficultés dans son quotidien.

Elles sont de plusieurs ordres :

- a. Le défaut d'ouverture buccale (OB) et l'inconfort sont un frein dans la pratique des soins **d'hygiène** du quotidien : brossage des dents, bains de bouche mais aussi un obstacle aux soins dentaires, à l'examen pharyngé.
- b. L'alimentation peut s'être adaptée aux difficultés de **mastication** qui déclenchent les bruits ar-

ticulaires. Elle peut être inconfortable, douloureuse voire impossible. Les aliments volumineux et ou coriaces sont problématiques.

NB : **La mastication physiologique doit être unilatérale et alternée.**

- c. **Parler** longtemps, élever la voix, chanter est pénible.
- d. **Bailler** sans contrôle déclenche les bruits articulaires

Amplitudes	Ouverture		Diduction D		Diduction G		Propulsion	
BDK	32		6		9		4	
Séance x								
Séance y								
	D	G	D	G	D	G	D	G
Déviations								
Grincements								
Craquements								
Inconfort								
Douleurs								

Figure 5 : exemple de tableau récapitulatif de mobilité mandibulaire analytique pour le BDK

Il faudra être très pédagogue quant à expliquer ce qui, dans le comportement du patient déclenche, entretient, **aggrave le problème.**

Les connaissances de la biomécanique mandibulaire de l'homme lambda sont nébuleuses. La mandibule, les « articulations temporo-mandibulaires » ATM sont une grande inconnue.

Le patient, sans vraiment le vouloir, persiste bien souvent dans des pratiques dangereuses pour le système OMF. Il n'y met fin que convaincu et contraint par des douleurs intenses et /ou un blocage complet. Le rôle du KOMF est de lui éviter d'atteindre ce stade ultime.

Chez le patient SAOS, les défauts de mobilité mandibulaire doivent être rapidement gérés.

Ils sont un frein à l'ouverture buccale nécessaire au travail de la performance de contraction du voile du palais.

La rééducation vélaire est essentielle pour améliorer le patient SAOS.

L'ouverture buccale est indispensable pour voir évoluer le voile du palais, palais mou avec un miroir ou au cabinet avec V3M.

Les améliorations de capacité de contraction vélaire sont visibles. Le kinésithérapeute et le patient pourront les graduer avec la table de score. (CF fig.3)

Ce travail ne pourra être entrepris que lorsque l'OB sera **pleinement confortable.**

Tout devra être entrepris pour recouvrer une mobilité mandibulaire harmonieuse.

La respiration doit être nasale, la déglutition physiologique, pour que la mobilité mandibulaire soit indolore, souple, dans des amplitudes physiologiques.

2. Patient adulte suivi par une équipe SAOS dans le cadre d'une chirurgie orthognatique

Il s'agit d'un traitement orthodontique assorti d'un temps chirurgical avec un objectif de traiter le SAOS. Classiquement, la KOMF est incluse dans ce travail **pluridisciplinaire.**

La chirurgie orthognatique traite les dysharmonies squelettiques, conséquences de la croissance disharmonieuse dirigée par des dysfonctions.

Le traitement ODF vise à harmoniser l'occlusion dentaire, elle-aussi, rendue anarchique du fait des dyspraxies.

La ROMF intervient pour normaliser les praxies.

Elle sera présente tout au long du traitement. Idéalement, elle débute avant le temps orthodontique. Elle nécessite l'implication du patient et permettra

Idéalement : KOMF

- ✓ Avant et pendant le temps ODF
- ✓ Avant l'intervention chirurgicale
- ✓ Post chirurgicale

Conclusion du chapitre III

La KOMF a sa place quel que soit le traitement choisi. Elle s'adapte aux différents contextes en tenant compte du diagnostic SAOS. Elle ne se limite pas strictement à la demande prescrite ni à celle du patient.

Au primum non nocere il serait bon de rajouter et maximum secunda !

IV. CONCLUSIONS GENERALES

Quel que soit la demande de ROMF entreprise, la démarche de rééducation aura un impact sur la qualité du sommeil et de là sur la qualité de vie.

Améliorer la qualité du sommeil est l'objectif prioritaire pour le patient SAOS. Ce sera une conséquence heureuse de la démarche rééducative chez chaque patient OMF.

au patient d'être acteur des autres temps de cette démarche longue et lourde.

Le patient est revu avant l'intervention chirurgicale. Il lui donne les consignes du post-op immédiat et révisions des modalités de mobilisation mandibulaire post-opératoires.

Le patient est revu en post-opératoire dès qu'il est en capacité de se déplacer.

Les enjeux sont primordiaux.

Les dysfonctions ont des effets dévastateurs sur la stabilité des résultats des traitements ODF et chirurgicaux.

La négligence des dysfonctions met le patient à chaque stade de ce type de traitement dans un inconfort certain.

Le SAOS atteint toutes les classes d'âge

Chez l'enfant, l'atteinte ne perturbe pas que le sommeil, la croissance, le développement psychomoteur sont impactés.

Chez l'adulte, somnolence et le manque de concentration diurnes, ronflements affectent le quotidien professionnel et privé. Le risque d'affections cardio-vasculaires est augmenté...

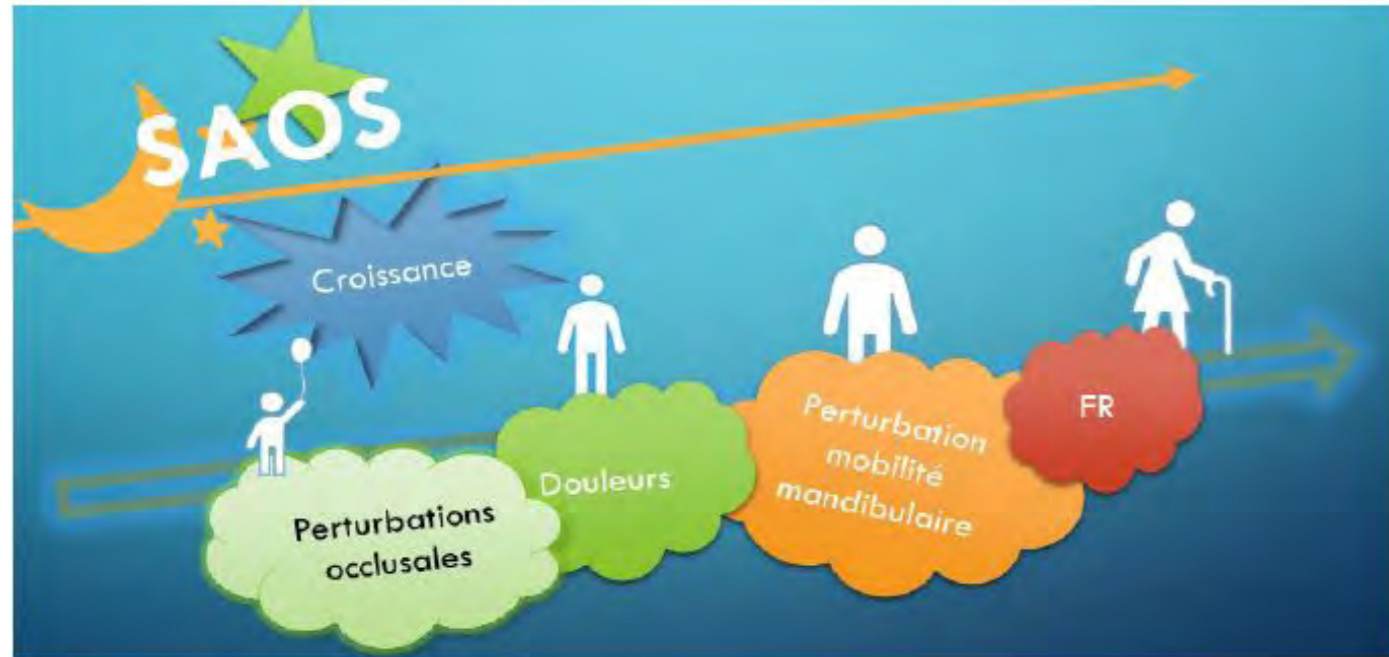
Chez le vieillard, préserver la qualité de vie est une priorité.

La KOMF s'adresse à tous les patients touchés par le SAOS de l'enfance à la vieillesse.

Les dyspraxies sont rarement symptomatiques immédiatement.

Plus la KOMF est précoce plus les praxies peuvent être normalisées tôt et éviter que ces symptômes s'expriment.

L'action pourra être **préventive**. Plus le système OMF sera physiologique plus il restera fonctionnel **durablement**. Il vieillira mieux. La KOMF peut prévenir des souffrances liées aux déficiences du système ORL, des malocclusions dentaires, des SAOS, fausses routes....



La KOMF dans le cadre d'un SAOS ne se singularise pas des autres rééducations oro-maxillo-faciales, elle concerne l'ensemble des paramètres OMF.

La démarche rééducative OMF se construit comme un puzzle 1000 pièces. Chaque petit morceau doit trouver sa place au bon endroit, dans le bon sens pour constituer l'image complète. Une pièce mal placée ou manquante et l'ouvrage ne serait pas terminé...

La KOMF est un travail de patience. Elle nécessite persévérance, implication, assiduité...du patient comme du rééducateur.

La rééducation ne se fait pas à l'aide de gadgets ou d'inventions dignes du concours Lépine.

Le kinésithérapeute dument formé aux techniques OMF va (ré) apprendre au patient les

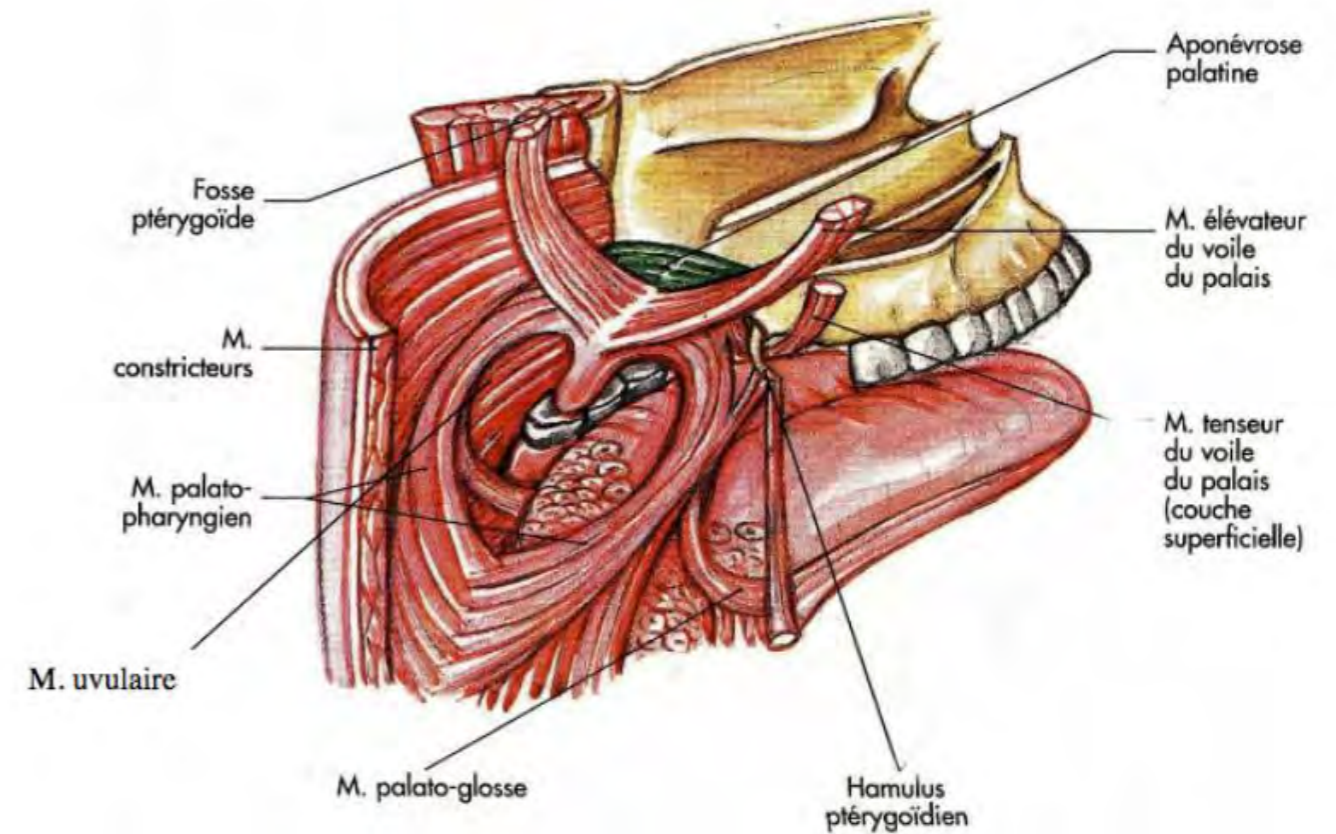
praxies OMF physiologiques.

Ce processus est long mais lorsqu'il est mené à son terme il sera pleinement satisfaisant...

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

- Séquence de Pierre Robin "la glossoptose " 1928
- Anatomie clinique, 2ème édition J-François GAUDY, Editions CDP
- Y a-t-il une rééducation spécifique du respirateur buccale ? F CLOUTEAU G MARTI F BIGOT E ZAATAR KAK N°14
- De la déglutition F. CLOUTEAU, Pr MARTI KAK N°20
- SAOS CERROF 2017 MOHBAT MARTI KAK N°23
- Bases incontournables de la ROMF CLOUTEAU KAK N°42
- SAOS SEAILLES-MARTI KAK N°56

ANNEXE Complexe système VLPH



Pour vivre, il faut déglutir sans fausse-route (FR). Une FR peut être létale.

La responsabilité du KOMF est de rendre ce système performant.

Le travail n'est jamais strictement analytique. Le patient travaille la déglutition des boissons, la nourriture par des mises en situation guidées par le kinésithérapeute au cabinet. Il intègre ces bonnes pratiques à son quotidien en autocontrôle jusqu'à automatisation.

Lors de la déglutition, la fermeture du sphincter **vélo-pharyngé** est assurée par l'élévation **du voile du palais**; contraction du tenseur et de l'**élévateur du voile**, contraction du **palatoglosse** et du **palatopharyngien**.

L'os hyoïde s'élève et s'abaisse au gré du péristaltisme lingual, la pointe de la langue est un point fixe, immobilisée au contact des papilles palatines.

La mandibule est immobilisée du fait de l'occlusion

dentaire, contraction des muscles masticateurs : masséters, temporaux, ptérygoïdiens médians ;

Le travail analytique seul des muscles n'a aucun sens. La démarche de rééducation est avant tout globale. **Les mises en situation** permettent de régler finement les temps de contraction/décontraction de la musculature OMF qui entrent en jeu lors de la séquence de succession des praxies physiologiques déglutition/respiration.

Le patient guidé par le KOMF réapprend à parler, boire, manger face à V3M.