

A stylized, colorful illustration of a landscape. The foreground features rolling green hills in various shades of green, with a dark brown path winding through them. On the left, there is a green tree with a black trunk, a purple flower, and an orange flower. A small red bird is flying in the sky above the tree. The background consists of light blue and white wavy bands representing the sky.

Les Troubles de l'oralité et leurs conséquences :

*Du repérage à la prise en charge
Dr Anne-Sophie Blain*

Définition de l'oralité

- *Comportement et activité orale de l'enfant*
- *Alimentaire ou verbale: 2 stades*
 - *oralité primaire: la succion faite de mouvements de langue antéropostérieure puis la déglutition avec élévation de la langue*
 - *oralité secondaire: la mastication faite de mouvements de rotations de la langue*

Oralité in utéro

- Effleurement de la bouche et lapements dès 9 SG, succion à 10 SG, déglutition de liquide amniotique 11 SG.
- ODORAT dès la fin du 1^{er} trimestre de gestation
- GOÛT dès 12 SG

Oralité à la naissance

- *Fait partie du développement sensitivomoteur global du nouveau-né*
- *Création d'un lien mère/enfant, père/enfant*
 - *notion de plaisir oral par la stimulation des lèvres et de la bouche,*
 - *Olfaction*
 - *Goût*
 - *Communication visuelle et langage*
- *Le nouveau-né à terme sait effectuer des écrasements et aspirations par la langue et coordonner les mouvements de déglutitions et respiration. Le prématuré est déficitaire sur l'aspiration et la coordination.*

Terminologies et définitions

- Troubles précoces du comportement alimentaire, TOA, dysoralité : ensemble des dysfonctionnements relatifs à la sphère orale et périorale
- 25 à 35% de nouveaux nés sains, 40 à 70 % de prématurés ou nouveaux nés avec pathologies organiques
- Etiologie multifactorielle et diminution des stimulations positives de la sphère orale précoce
- Ne PEUT pas manger et non ne VEUT pas manger

Prématurité: 40% de TOA

- Immaturités sensorielles
- Vécu traumatique de la sphère orofaciale
- Immobilisation du prématuré dans la couveuse , privation de l'expérience orale positive, alimentation artificielle, absence de rythme physiologique
- Défaut de portage parentale, angoisse parentale

Nouveaux nés avec pathologies chroniques

- Malformations digestive, cardiaque ou pulmonaire nécessitant sonde de nutrition et/ou ventilation invasive,
- anomalies génétiques et retard du développement, pathologies neuromusculaires
- malformations du massif facial (grosse langue, fentes labiopalatines)

Nouveau-né à terme sans pathologie chronique et nourrissons: plus de 20% de TOA

- ATCD de troubles du comportement alimentaire chez les parents ou dans la fratrie
- Type d'alimentation: amertume des hydrolysats de protéines du lait de vache, changement de laits multiples
- RGO et IPP qui entraînent sécheresse buccale, troubles du sommeil et irritabilité
- Défaut de lien parents/enfant, mère psychiatrique

Chez le nouveau-né

- Inefficacité de la succion déglutition: sphinctérisation des lèvres autour du mamelon
- Reflexe nauséux très antérieur
- Reflexe de toux au cours des tétées avec polypnée, désaturations, apnées, bradycardies et régurgitations
- Hypotonie faciale
- Tétées longues, absence de signes de faim, faibles quantités prises
-et cela même après maturation de l'ancien prématuré

Chez le nourrisson

- *Bavage important, s'étouffe en mangeant*
- *Hyperextension, bras en chandelier, refus des morceaux, préfère certaines textures, ne met pas les objets et les aliments à la bouche*
- *Hypersensibilité tactile globale: difficultés bain, changes, mouchage, marcher pieds nus dans le sable, de toucher et jouer avec de la pâte à modeler*

Altération de l'échange relationnel et affectif

- Absence de plaisir oral et sensoriel
- Absence de sensation de faim et de satiété
- Allongement du temps des repas, repas stressants et perturbés, refus alimentaires > 1 mois, alimentation nocturne pendant le sommeil, stratégies d'adaptation (distraction, forcing)
- Retard d'autonomie alimentaire du nourrisson, défaut d'acceptation de nouvelles textures, sélectivité

En faveur d'un trouble organique

- *Signes de dénutrition*
 - *Rapport PB/PC < 0,3*
 - *IMC < 3^e percentile*
 - *Indice de Waterloo: rapport P/P pour l'âge < 80%*
- *Dysphagie, douleurs lors de l'alimentation*
- *Vomissements et diarrhées*
- *Fausses routes et troubles de succion-déglutition, inhalations*
- *Retard du développement psychomoteur et malformations faciales, syndromes génétiques, hypotonies neuromusculaires empêchant le développement sensitivomoteur global normal*

- *Risque de fausses routes et complications infectieuses et ventilatoires*
- *Augmentation de la durée d'hospitalisation par manque d'autonomie alimentaire*
- *Altération du lien parents/enfants, mauvaise adaptation parentale, culpabilité par rapport au défaut de rôle nourricier , renoncement à l'allaitement*
- *Retard du développement psychomoteur global à court, moyen et long terme: retard de diversification, retard de langage*

Création d'équipes multidisciplinaires dans tous les services de néonatalogie

- Médecin référent: projet, choix de l'alimentation
- Infirmière puéricultrice: soins, liens parents enfants, gestes invasifs, relai avec les autres spécialistes
- Orthophoniste: stimule la sphère orale, programme la rééducation de l'oralité
- Psychomotricien et/ou ergothérapeute: investissement du corps puis de sa sphère orale
- Diététicienne, kinésithérapeute, assistante sociale
- Psychologue: soutien de la parentalité, échange avec les équipes soignantes
- Cadre de santé: valide le projet de soins de développement du nouveau né et son exécution

Formation du personnel aux TOA

- Mécanismes de succion et déglutition
- Soins potentiellement délétères sur la sphère orale
- Prise en charge de l'enfant dans sa globalité avec ses parents: espace de décision de l'enfant, mise en place de rythme faim/satiété
- Observation par le personnel de chaque enfant et respect de ses réactions pour adapter les soins

Positionner l'enfant

- Regroupement,
- lutte contre l'hyperextension dorsale, soutien du bassin en écharpe,
- épaules en avant, tête légèrement fléchie sur le bras pour favoriser le lien main bouche et l'exploration du visage par le bébé.

Stimulations de l'oralité

- Stimuler les zones périorales et orales: du lobe de l'oreille à la commissure des lèvres, massage gencives puis langue
- Eviter l'alimentation continue: rythmes physiologiques
- Stimulation orale gustative: tétine, doigt avec solution sucrée ou lait maternel (branchement de l'alimentation entérale), bâtonnets imbibés de lait maternel chez le grand prématuré.

Projet de soins continus de soutien au développement sensorimoteur

- *Bannir le terme de gavage*
- *Adapter l'environnement: bruits, lumière, prévention de la douleur.*
- *Vigilance par rapport au toucher, au portage.*
- *Soutenir la parentalité: accès à l'enfant, peau à peau, contact, massage, échange de regard avec ses parents, voix de ses parents*
- *Soutien de l'allaitement maternel: hypothèse chimiosensorielle anténatale, régulatrice (adaptation faim et rassasiement), mise au sein ou proche du sein même chez le grand prématuré*

Projet de soins continus de soutien au développement sensorimoteur

- Répondre au besoin de succion lors des soins : saccharose,
- Eveil de l'enfant ou sommeil léger pour que l'enfant soit actif pendant les soins.
- Eviter les soins inadaptés et inutiles

Et chez le nourrisson et l'enfant: Le chemin vers la bouche

- *Jouer, regarder, imiter pour tolérer: accepter la présence de l'aliment*
- *Sollicitations olfactives: loto des odeurs, sentir des arômes puis des aliments*
- *Sollicitations tactiles: regarder interagir puis toucher*
- *Sollicitations orales pour goûter: malaxer, mastiquer des objets non alimentaires de consistance variable, jeux de souffles, de grimaces et de bruitages puis jouer à manger*

Le chemin vers la bouche

- Plus l'enfant est exposé tôt aux morceaux plus il les accepte
- S'il mange avec les doigts ça augmente l'acceptabilité des morceaux
- Progression des textures en fonction du développement de l'enfant, de son expérience et de son appétit même en l'absence de dents:
 - Écrasé à la fourchette 6 mois
 - Morceaux cuits mous 8 mois finfers food, biscuits, pains 10 mois
 - Concombres et carottes rapées 12 mois

Conclusion

- *Dépistage des TOA souvent retardé*
- *Nombreux diagnostics stressants et/ou culpabilisants (RGO, troubles du comportement, difficultés éducatives) sont apportés aux parents.*
- *Prise en charge précoce permet une normalisation ou une amélioration des TOA.*
- *Remboursement soins d'ergothérapie, psychomotricité orthophoniste et psychologue à la sortie de l'enfant*
- *Plan de décroisement avec intervention des équipes à la maison, chez les nourrices, à la crèche ou en garderie et à l'école*