

A stylized, colorful illustration of a landscape. The foreground features rolling green hills with dark brown soil. On the left, there is a green tree, a purple flower, and an orange flower. A 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 péri-orale
- 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