



Rééducation myofonctionnelle dans le SAOS

Chez qui, pourquoi et comment ?

Introduction :

L'orthophonie myofonctionnelle dans le contexte...



De l'orthodontie



Du sommeil



Des hypertonies du
système manducateur

Prise en charge curative :

SAOS adulte

Study or Subgroup	Post-Myofunctional Tx			Pre-Myofunctional Tx			Weight	Mean Difference IV, Random, 95% CI	Year
	Mean	SD	Total	Mean	SD	Total			
Suzuki 2013	9.2	1.5	6	15.1	3.4	6	23.3%	-5.90 [-8.87, -2.93]	2013
Diaferia 2013	13.9	18.5	27	28	22.7	27	14.7%	-14.10 [-25.15, -3.05]	2013
Baz 2012	11.5	5.4	30	22.3	4.5	30	23.7%	-10.80 [-13.32, -8.28]	2012
Guimaraes 2009	13.7	8.5	16	22.4	4.8	16	21.8%	-8.70 [-13.48, -3.92]	2009
Berreto 2007	6	3.7	2	44.5	5.7	2	16.5%	-38.50 [-47.92, -29.08]	2007
Total (95% CI)			81			81	100.0%	-14.26 [-20.98, -7.54]	

Heterogeneity: $\tau^2 = 48.01$; $\text{Chi}^2 = 43.66$, $\text{df} = 4$ ($P < 0.00001$); $I^2 = 91\%$

Test for overall effect: $Z = 4.16$ ($P < 0.0001$)

Camacho et al., 2015

Prise en charge curative :
Ronflements



(Camacho et al., 2017)

Oropharyngeal and tongue exercises (myofunctional therapy) for snoring: a systematic review and meta-analysis

Conclusions This systematic review demonstrated that myofunctional therapy has reduced snoring in adults based on both subjective questionnaires and objective sleep studies.

Prise en charge associée

CPAP

- Adhérence réelle faible (*Morgan, 2016*)
- Adhérence avec MT = 65% (*Diaféria et al., 2017*)

OAM


- ATM ne serait plus une contre-indication (*Cunali et al. 2011*)



Prise en charge curative :
SAOS enfant

Prévalence de 1 à 5 %
(Marcus et al., 2012)

⇒ Chirurgie seule
40,6% de SAOS résiduel
(Lee et al. 2015)



	Entry	Post-AT	Postorthodontics	Follow-up study	
				No reeducation	Reeducation
No. of children (n)	24	23	24	13	11
Age (y)	5.5 ± 1.2	5.10 ± 1.3	7.3 ± 1.5	11.8 ± 1.4	11.5 ± 1.2
AHI (event/h)	10.5 ± 2.6	4.3 ± 1.6	0.4 ± 0.3	5.3 ± 1.5	0.5 ± 0.4*
Lowest SaO ₂ (%)	90 ± 1.5	92 ± 1	95 ± 1	91 ± 1.8	96 ± 1***
Flow limitation (% TST)	-	-	10 ± 10	72 ± 14	5 ± 8****

⇒ Chirurgie + MT
Maintien après 4 ans
(Guilleminault et al., 2013)

Modifications voie aérienne supérieure

(Juliano et al., 2009)

Espace oro-pharyngé réduit



Rétro-mandibulie



Inclinaison plans occlusal et
mandibulaire



Troubles oro- myofonctionnels

Malposition linguale



Déglutition atypique



Mastication déficiente



COMPÉTENCES SOCIALES

QUALITÉ DE VIE

AUDITION

COGNITION

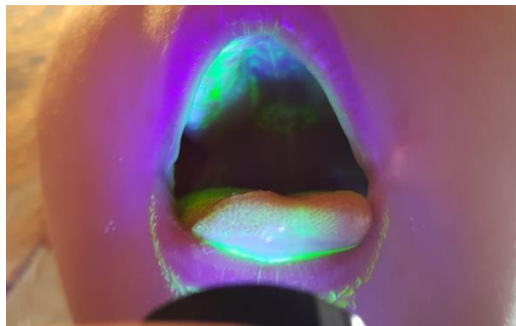
APPRENTISSAGES

HYPERTENSION PULMONAIRE

RONFLEMENTS

*(Lima et al. 2017) (Ribeiro, dos Santos, Santos, Para
nhos, & César, 2016) (Ungkanont & Areyasathidmon,
2006 ; (Hitos, Arakaki, Solé, & Weckx, 2013)*

Evaluation du contexte fonctionnel



- OMES protocol
 - *(Folha, Valera, & de Felício, 2015)*
- Observations cliniques et examen fonctionnel

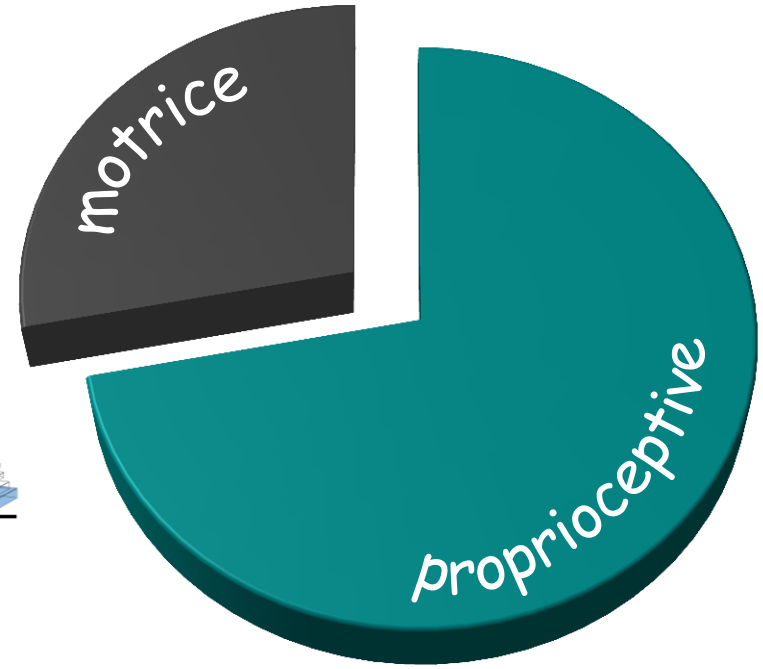
! Frein de langue !

(Guilleminault & Huang, 2017)

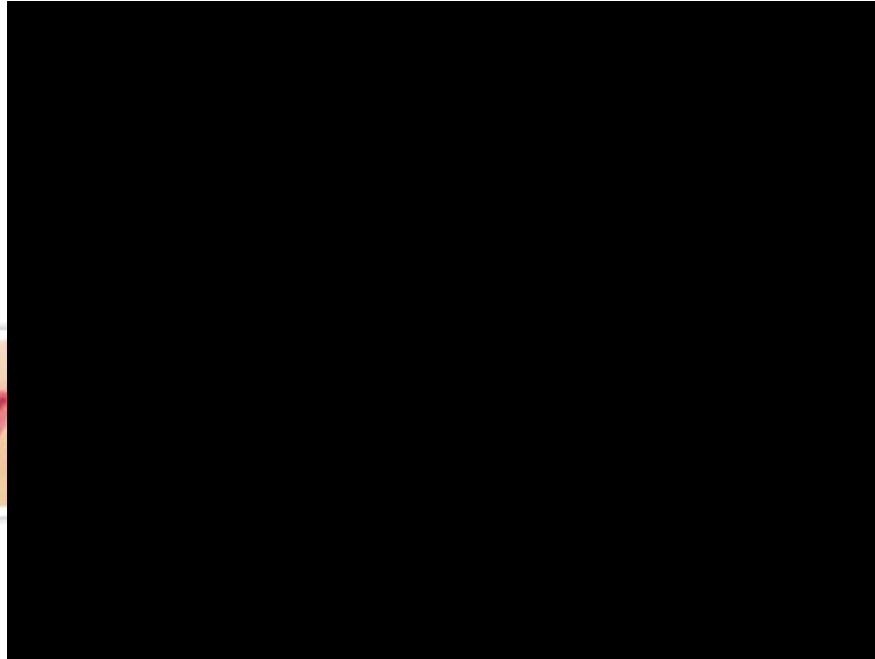


Prise en charge

- ▶ Dès 3 ans : guidance parentale
- ▶ Dès 5 ans : thérapie



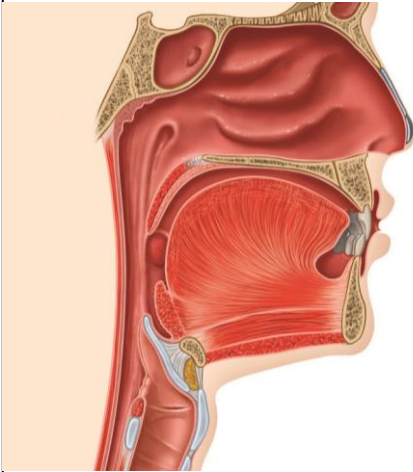
Abordagem motriz



Guimarães, K. C., Drager, L. F., Genta, P. R., Marcondes, B. F., & Lorenzi-Filho, G. (2009).

Respiration nasale

Explications



Mouchage



Lavage



Proprioception



Proprioception



Globale

→ eutonie / pleine conscience

Orale

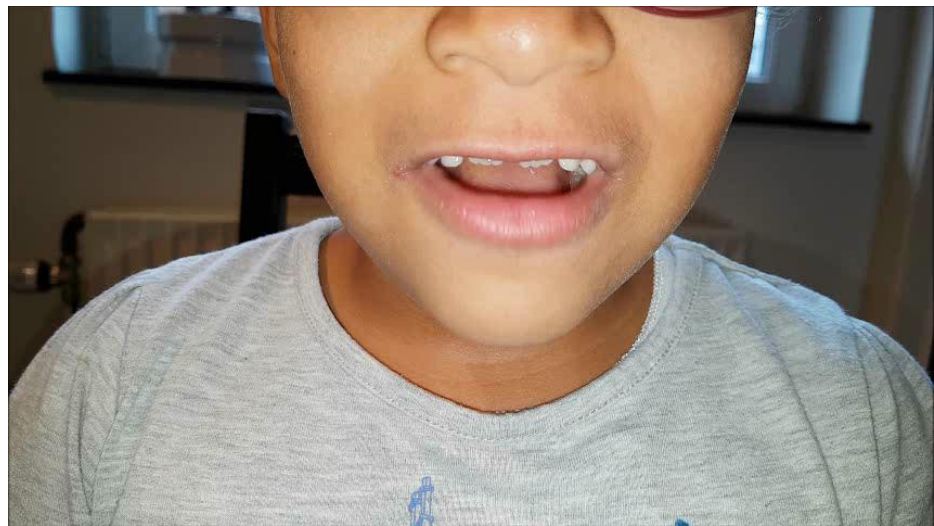
→ découverte de la cavité orale

Position linguale

Au repos

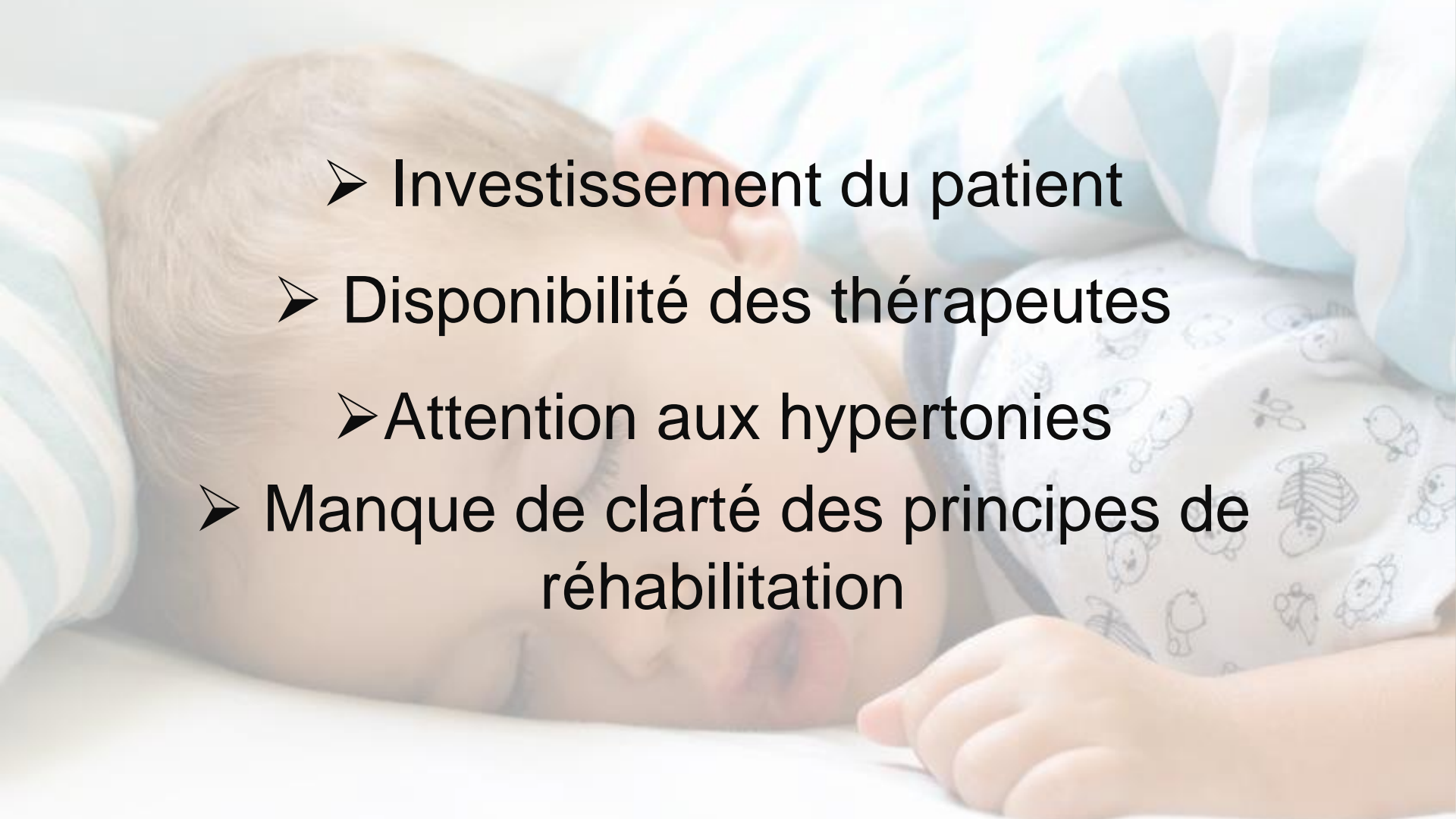


En déglutition



Mastication



- 
- Investissement du patient
 - Disponibilité des thérapeutes
 - Attention aux hypertonies
 - Manque de clarté des principes de réhabilitation

Optimiser la prise en charge

Educateurs Fonctionnels



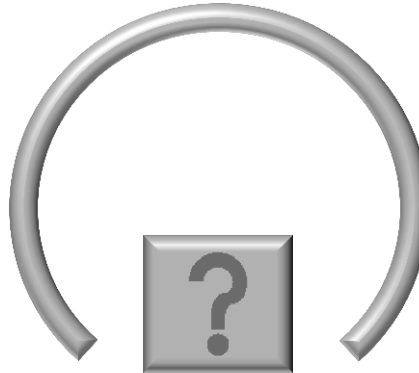
Tongue Right Positionner
<http://tonguelab.net>



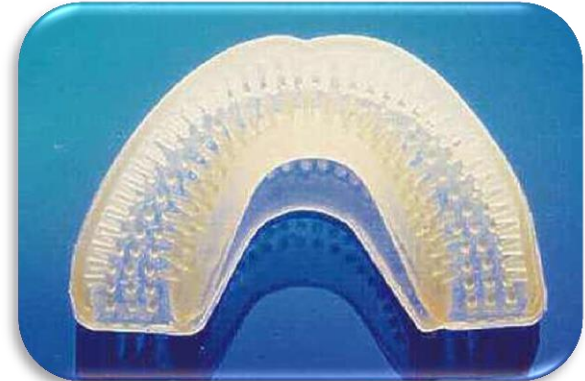
Froggymouth



Bouche malléable



Myo Munchee



Chez qui ?

SAOS vrais, respirateurs buccaux & tr. ventilatoires sommeil

Pourquoi ?

Dvpt optimal morphologique de la voie aérienne supérieure

Comment ?

Guidance parentale, PEC & thérapie « passive »

Nelson National Park, Nouvelle-Zélande

MERCI DE VOTRE ATTENTION