

L'ANKYLOGLOSSIE DÉMYSTIFIÉE

ON COUPE ?

Les réseaux sociaux contiennent beaucoup d'informations médicales auxquelles nos patients ont facilement accès et qui ne reposent pas toujours sur des données probantes.

Une étude de Grond et coll., parue en 2021 et recensant les gazouillis concernant l'ankyloglossie et la frénotomie, a constaté une nette augmentation de ces interventions en 2018 et en 2019¹. Mais que dit la littérature scientifique ?

Anjana Srinivasan, Carole Dobrich et Marie-Ève Grégoire

1. QU'EST-CE QUE LE FREIN DE LA LANGUE ?

Le frein de la langue, ou frein lingual, est une membrane muqueuse qui s'attache au plancher de la bouche sous la langue pour la stabiliser. L'ankyloglossie, une anomalie congénitale qui se caractérise par un frein anormalement court ou restrictif, est due à un excès de tissu embryonnaire résiduel. Pendant le développement fœtal, la langue est soudée au plancher de la bouche par le frein. Durant le processus d'apoptose, la langue se détache et devient mobile. Si le détachement est incomplet, on parle alors d'ankyloglossie. Puisqu'il n'y a pas de consensus sur les critères diagnostiques dans les études et que la définition n'est pas standardisée, l'incidence de l'ankyloglossie peut varier de 4 % à 11 %^{2,3}.

2. EST-CE QUE L'ANKYLOGLOSSIE PEUT NUIRE À L'ALLAITEMENT ?

Un frein trop court ou restrictif peut restreindre la mobilité de la langue à divers degrés, plus spécifiquement en entravant sa protrusion, son élévation et ses mouvements latéraux²⁻⁵. Il peut donc nuire à l'allaitement. En effet, l'échographie montre que pour une extraction de lait efficace sans douleur, la langue doit faire des mouvements complexes afin de créer le péristaltisme nécessaire à l'expression du lait, tout en évitant la friction avec le sein et le mamelon. L'encadré^{2,4,6} présente les problèmes associés aux freins de langue restrictifs.

3. COMMENT CLASSIFIER LES FREINS LINGUAUX RESTRICTIFS ?

Voici la classification des freins linguaux de la D^{re} Corrylos, une chirurgienne américaine. Il est important de noter que cet outil ne permet pas de déterminer la gravité de l'ankyloglossie, mais plutôt de la décrire en fonction de la position du frein^{5,7-9}.

ENCADRÉ

PROBLÈMES ASSOCIÉS AUX FREINS DE LANGUE RESTRICTIFS^{2,4,6}

- ▶ Inconfort et/ou douleur à la mise au sein
- ▶ Blessures ou infections aux mamelons
- ▶ Sensation que le bébé mord durant le boire
- ▶ Prise du sein inadéquate
- ▶ Drainage incomplet du sein pouvant entraîner des blocages canaux ou des mastites
- ▶ Boires longs et inefficaces
- ▶ Irritabilité du bébé au sein
- ▶ Insatisfaction du bébé après les boires
- ▶ Diminution de la production lactée
- ▶ Prise de poids inadéquate chez le bébé
- ▶ Arrêt précoce de l'allaitement par la mère

▶ Freins antérieurs

- Type 1: attachement du frein au bout de la langue
- Type 2: attachement du frein situé de 2 mm à 4 mm derrière le bout de la langue, sur ou derrière la crête alvéolaire

Les freins linguaux antérieurs sont plus fréquents chez les bébés de sexe masculin. Ce sont les freins « classiques » qui sont faciles à diagnostiquer, car ils sont plus près du bout de la langue ou sur le bout de la langue. Ils causent de la difficulté avec l'extension et le soulèvement de la langue (photo 1).

▶ Freins postérieurs

- Type 3: attachement du frein au milieu de la langue ou du plancher de la bouche
- Type 4: attachement du frein à la base de la langue; frein épais et inélastique

La D^{re} Anjana Srinivasan, médecin de famille, est consultante en lactation membre de l'IBLCE et une des deux directrices médicales de la Clinique d'allaitement Herzl-Goldfarb de l'Hôpital général juif.

M^{me} Carole Dobrich est membre de l'OIIQ et aussi consultante membre de IBLCE. Elle est l'auteure de la « grille décisionnelle de la frénotomie chez la dyade d'allaitement ». La D^{re} Marie-Ève Grégoire est dentiste généraliste à Ma Clinique Sourire. Elle évalue les patients atteints d'ankyloglossie et collabore au traitement.

1 ANKYLOGLOSSIE ANTÉRIEURE**2** ANKYLOGLOSSIE POSTÉRIEURE**3** FREIN LABIAL

Les freins postérieurs sont situés plus en arrière par rapport à la pointe de la langue, plus près de la base de la langue et/ou sous la muqueuse. Ils sont difficiles à voir et peuvent donc passer inaperçus lors de l'examen buccal (photo 2).

4. QU'EST-CE QU'UN FREIN LABIAL OU BUCCAL RESTRICTIF ?

Un frein labial est une structure muqueuse qui assure la jonction entre la face interne de la lèvre supérieure et la face externe du processus alvéolaire du maxillaire supérieur

TABLEAU	ÉVALUATION DE L'ANKYLOGLOSSIE
Antécédents	<ul style="list-style-type: none"> ▶ De la mère ▶ De l'enfant ▶ D'allaitement
Anatomie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ankyloglossie et/ou frein labial causant une restriction du mouvement de la langue ou des lèvres ▶ Évaluation musculaire du bébé ▶ Anatomie du sein
Fonction	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Évaluation de l'allaitement ▶ Évolution des problèmes d'allaitement
Tableau des auteures.	

(photo 3). Quant au frein buccal, c'est une membrane qui attache la joue aux gencives. Il y en a un des deux côtés de la bouche.

Le frein labial peut être classé de la façon suivante⁸:

- ▶ Type 1: attachement muqueux
Le frein se situe dans la muqueuse alvéolaire et s'étend jusqu'à la ligne muco-gingivale.
- ▶ Type 2: attachement gingival
Le frein s'étend de la muqueuse alvéolaire jusqu'à la gencive attachée.
- ▶ Type 3: attachement papillaire
Le frein s'étend de la muqueuse alvéolaire jusqu'à la papille interdentaire.
- ▶ Type 4: attachement papillaire pénétrant
Le frein s'étend de la muqueuse alvéolaire jusqu'à la papille interdentaire et au-delà.

Selon quelques études, les freins labiaux peuvent nuire à l'allaitement en interférant avec la prise du sein et le transfert de lait du sein. Toutefois, plus d'études sont requises pour établir un lien plus cohérent entre les freins labiaux et les difficultés d'allaitement^{4,8}. À l'heure actuelle, aucune étude ne montre de lien entre les freins buccaux et les difficultés d'allaitement.

5. EST-CE QUE MA PATIENTE PEUT ALLAITER MÊME SI SON BÉBÉ A UNE ANKYLOGLOSSIE ?

Bien sûr! L'ankyloglossie n'interfère pas avec l'allaitement dans tous les cas. Selon certaines études, la probabilité varie de 25% à 90%^{3,7,10}. Par ailleurs, certains cas plus graves d'ankyloglossie peuvent aussi nuire à la prise du biberon¹¹.

6. QUAND CONSIDÉRER UNE FRÉNOTOMIE ?

Selon la Société canadienne de pédiatrie, une frénatomie n'est pas systématiquement recommandée en cas d'ankyloglossie. Elle l'est quand il y a une association claire entre un frein de langue restrictif et des problèmes d'allaitement majeurs¹². L'Academy of Breastfeeding Medicine avance

4 | BALAYAGE SOUS LA LANGUE

© Clinique d'allaitement Herzl-Goldfarb de l'Hôpital général juif.



6 | LATÉRALISATION DE LA LANGUE

© Clinique d'allaitement Herzl-Goldfarb de l'Hôpital général juif.



5 | ÉLÉVATION DE LA LANGUE

© Clinique d'allaitement Herzl-Goldfarb de l'Hôpital général juif.



7 | EXTENSION DE LA LANGUE

© Clinique d'allaitement Herzl-Goldfarb de l'Hôpital général juif.



qu'on devrait considérer une frénotomie en cas de problèmes persistants d'allaitement (comme une douleur aux mamelons ou une prise du sein inadéquate) qui ne sont pas résolus par le traitement conservateur en temps opportun. La frénotomie doit toujours être une décision partagée entre le professionnel de la santé et les parents⁴.

7. COMMENT ÉVALUER L'ANKYLOGLOSSIE ?

Il existe une énorme controverse entourant les critères diagnostiques et les indications du traitement de l'ankyloglossie. Lisez la section « Pour en savoir plus » pour connaître quelques outils d'évaluation fréquemment utilisés dans les études^{2,4,5,7,9,10}.

L'existence anatomique d'un frein de langue court ou restrictif ne suffit pas pour décider si une frénotomie est nécessaire. Il est donc important de faire une évaluation complète comprenant un historique de l'allaitement, un examen physique de l'enfant et de la mère et l'observation de l'allaitement (tableau).

L'évaluation fonctionnelle de la langue inclut les cinq étapes suivantes :

8 | SUCCION ET ÉVALUATION DU BÉBÉ AU SEIN

© Clinique d'allaitement Herzl-Goldfarb de l'Hôpital général juif.



1. balayage sous la langue (photo 4);
2. élévation de la langue (photo 5);
3. latéralisation de la langue (photo 6);
4. extension de la langue (photo 7);
5. succion et évaluation du bébé au sein (photo 8).

8. QUELS SONT LES TRAITEMENTS POSSIBLES DE L'ANKYLOGLOSSIE ?

Lorsque le diagnostic d'ankyloglossie est couplé à des problèmes d'allaitement, il est recommandé d'essayer le traitement conservateur en premier avant de considérer une frénotomie :

- ▶ rendre l'allaitement moins douloureux en modifiant la prise du sein et le positionnement du bébé ;
- ▶ traiter la diminution de la production lactée et/ou la prise de poids insuffisante du bébé ;
- ▶ traiter les canaux bloqués ;
- ▶ traiter l'infection du sein (mastite) ou du mamelon ;
- ▶ traiter le vasospasme du mamelon ;
- ▶ faire un traitement musculosquelettique ou craniosacral au bébé (chiropratique, physiothérapie, ostéopathie).

Parfois, les problèmes d'allaitement se corrigent tellement qu'une frénotomie n'est plus nécessaire. L'étude de Ferres-Amat et coll. a révélé que le traitement multidisciplinaire des problèmes de succion d'un bébé atteint d'ankyloglossie a amélioré l'allaitement à tel point qu'une frénotomie n'était plus nécessaire⁵. En 2019, Caloway et coll. ont trouvé que 63 % des problèmes d'allaitement associés à une ankyloglossie se sont atténués après une évaluation de l'allaitement et une prise en charge multidisciplinaire⁴³. Il est donc primordial que les mères éprouvant des problèmes d'allaitement reçoivent un soutien adéquat de leur médecin de famille ou d'un professionnel formé en allaitement.

9. QUELS PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ PEUVENT ÉVALUER ET TRAITER L'ANKYLOGLOSSIE ?

Au Québec, quelques cliniques d'allaitement interdisciplinaire comptent des médecins spécialisés en allaitement et des consultant·es en lactation de l'International Board of Lactation Consultant Examiners qui travaillent ensemble à résoudre des problèmes d'allaitement. Ces consultant·es peuvent aussi évaluer les cas d'ankyloglossie et travailler avec des professionnels de la santé qui pourraient effectuer une frénotomie, au besoin. Les chirurgiens pédiatriques, pédiatres, otorhinolaryngologistes, dentistes et médecins de famille peuvent faire une frénotomie s'ils sont formés et ont accès à des ressources pour offrir le soutien à l'allaitement. Ces professionnels de la santé doivent avoir de l'expérience dans ce domaine, être en mesure de soutenir la femme qui allaite dans le cadre de ce processus et de faire des suivis cliniques adéquats.

Le moment de la frénotomie est aussi très important. Est-ce que les parents ont déjà reçu de l'aide pour les problèmes d'allaitement ? Est-ce que ces problèmes persistent malgré un traitement initial et du soutien ? Est-ce que les parents comprennent les effets de l'intervention et ont accès à du soutien pour l'allaitement et à un suivi rapproché après

l'intervention ? Pour qu'une frénotomie soit efficace et efficace, il faut que ces mesures soient en place⁴.

10. COMMENT EST FAITE UNE FRÉNOTOMIE ?

La frénotomie se fait généralement aux ciseaux avec un rétracteur, au laser ou, plus rarement, au scalpel et généralement sans anesthésie locale. La plupart des études ne recommandent pas l'anesthésie locale chez les enfants de moins de 3 ou 4 mois avec la frénotomie aux ciseaux^{2,4,7,14}. Le risque de méthémoglobinémie lié à certains anesthésiques topiques (comme la benzocaïne) et la rapidité de l'intervention (quelques secondes) constituent des facteurs à considérer. Même si l'anesthésie locale n'est pas offerte, la douleur du bébé peut être soulagée d'autres façons : l'allaitement avant et immédiatement après l'intervention, le contact peau à peau avec la mère, des bruits doux ou de la musique durant et après l'intervention, le tamisage des lumières après. En créant une atmosphère de paix et de douceur, on aide le bébé à se calmer.

Les études qui comparent les frénotomies aux ciseaux ou au laser n'ont pas révélé la supériorité de l'une ou l'autre technique. La frénotomie aux ciseaux est plus rapide, mais peut causer plus de saignement. Le laser, quant à lui, augmente la durée de l'intervention, mais peut réduire le saignement⁴.

11. QUELS SONT LES EFFETS POSITIFS ET NÉGATIFS D'UNE FRÉNOTOMIE ?

Les effets positifs et négatifs de la frénotomie doivent être clairement discutés avec les parents pour qu'ils puissent prendre une décision éclairée. Il faut s'assurer d'un suivi rapproché et d'un soutien adéquat à l'allaitement avant et après.

Plusieurs études ont montré une amélioration de l'allaitement après une frénotomie chez les enfants présentant une ankyloglossie, mais il n'y a pas beaucoup d'essais contrôlés à répartition aléatoire ni d'études à long terme sur le sujet. Les éléments pouvant s'améliorer après une frénotomie sont la prise du sein, la douleur et les infections aux seins et aux mamelons, les canaux bloqués, la production lactée ainsi que le transfert de lait du sein. On a observé dans quelques études que les symptômes de reflux gastrique chez l'enfant peuvent aussi diminuer.

Le frein de langue restrictif peut également causer des problèmes de dentition et de parole chez les enfants plus âgés, mais les données probantes ne sont pas claires pour le moment. Il manque aussi d'études sur l'effet de la frénotomie labiale sur l'allaitement^{2,6-9,11,14,15}.

Bien que la majorité des études précédentes n'aient pas montré de complications après une frénotomie^{2-4,7,9,14}, O'Connor et coll. ont décrit en 2022 quelques compli-

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ L'ankyloglossie peut causer une restriction du mouvement de la langue du bébé et entraîner des problèmes d'allaitement.
- ▶ La frénotomie peut être considérée seulement quand le traitement conservateur de l'ankyloglossie n'est pas efficace.
- ▶ Le soutien continu offert à la mère qui allaite et un suivi rapproché sont primordiaux.

cations reposant sur l'information recueillie au cours d'enquêtes parmi les membres de l'Academy of Breastfeeding Medicine. Les complications les plus signalées étaient l'aversion orale chez le bébé à la suite d'une frénotomie et la nécessité de répéter la frénotomie¹⁰.

12. À QUOI DOIT S'ATTENDRE LA MÈRE APRÈS LA FRÉNOTOMIE ET COMMENT LA SOUTENIR ?

L'allaitement peut s'améliorer immédiatement après une frénotomie, mais chez plusieurs mères et bébés, il faut un certain temps avant qu'un changement soit ressenti. Comme nous l'avons déjà mentionné, l'importance des suivis rapprochés et d'un soutien adéquat à l'allaitement après une frénotomie est nécessaire dans tous les cas. Selon les données probantes, la frénotomie améliorerait l'allaitement à court terme (jusqu'à 1 mois après l'intervention), mais il n'existe pas d'études à long terme.

Les traitements musculosquelettiques ou craniosacrux et l'aide interdisciplinaire avant et après une frénotomie peuvent aider les bébés qui souffrent de tensions musculaires nuisant à l'allaitement^{5,13}.

Plusieurs professionnels recommandent des exercices d'étirement et de succion après une frénotomie, à raison de trois à cinq fois par jour, pendant de deux à quatre semaines.

Les données probantes sont insuffisantes pour appuyer la pratique de ces exercices⁴, même si l'information reposant sur l'expérience clinique semble indiquer qu'ils peuvent être utiles.

CONCLUSION

Alors, le frein de la langue, on coupe ou pas? Certaines données indiquent qu'un frein de langue restrictif peut causer des problèmes d'allaitement, mais la majorité des ankyloglossies ne nuisent pas à l'allaitement. Le traitement conservateur des problèmes d'allaitement est très important comme étape initiale. Toutefois, si la situation persiste, une évaluation complète et une frénotomie par un professionnel peuvent être très utiles pour aider certaines mères à poursuivre l'allaitement de façon efficace. Une approche interdisciplinaire comprenant le soutien à l'allaitement et des suivis continus sont primordiaux dans tous ces cas. Plus d'études sur les critères diagnostiques, les outils d'évaluation et les effets de la frénotomie à long terme devront être menées pour préciser l'approche recommandée en cas d'ankyloglossie. //

Date de réception : le 9 septembre 2022

Date d'acceptation : le 30 septembre 2022

Les D^{res} Anjana Srinivasan et Marie-Ève Grégoire n'ont signalé aucun conflit d'intérêts. M^{me} Carole Dobrich est directrice de l'Institut international de lactation humaine depuis 2013.

POUR EN SAVOIR PLUS...

- ▶ Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF; aussi appelé « Hazelbaker tool »). Conçu en 1998, validé et approuvé par l'American Academy of Pediatrics (AAP) et l'Academy of Breastfeeding Medicine (ABM). Comprend des aspects anatomiques et fonctionnels du frein de la langue.
- ▶ Lingual Frenulum Protocol. Conçu en 2012. Comprend des aspects anatomiques et fonctionnels du frein de la langue.
- ▶ Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT) : conçu en 2015. Comprend des aspects anatomiques et fonctionnels du frein de la langue. D'après l'ATLFF.
- ▶ TABBY tool. Conçu en 2019. D'après le BTAT, mais comporte aussi des photos.
- ▶ Frenotomy Decision Tool for Breastfeeding Dyads. Conçu en 2012 à Montréal et modifié en 2020. Comprend des aspects anatomiques, fonctionnels et cliniques et a été utilisé dans deux études.

BIBLIOGRAPHIE

1. Grond SE, Kallies G et McCormick ME. Parental and provider perspectives on social media about ankyloglossia. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2021 ; 146 : 110741. DOI : 10.1016/j.ijporl.2021.110741.
2. O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CPF et coll. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2017 ; 3 (3) : CD011065. DOI : 10.1002/14651858.CD011065.pub2.
3. Bruney TL, Scime NV, Madubueze A et coll. Systematic review of the evidence for resolution of common breastfeeding problems – Ankyloglossia (tongue tie). *Acta Paediatr* 2021 ; 111 (5) : 940-47. DOI : 10.1111/apa.16289.
4. LeFort Y, Evans A, Livinstone V et coll. Academy of Breastfeeding Medicine position statement on ankyloglossia in breastfeeding dyads. *Breastfeed Med* 2021 ; 16 (4) : 278-81. DOI : 10.1089/bfm.2021.29179.ylf.
5. Ferrés-Amat E, Pastor-Vera T, Rodríguez-Alessi P et coll. Management of ankyloglossia and breastfeeding difficulties in the newborn: breastfeeding sessions, myofunctional therapy, and frenotomy. *Case Rep Pediatr* 2016 ; 2016 : 3010594. DOI : 10.1155/2016/3010594.
6. Hill RR, Lyons KS, Kelly-Weeder S et coll. Effect of frenotomy on maternal breastfeeding symptoms and the relationship between maternal symptoms and problematic infant feeding. *Global Pediatr Health* 2022 ; 9 (2333794X211072835) : 1-10. DOI : 10.1177/2333794X211072835.
7. Francis DO, Chinnadurai S, Morad A et coll. *Treatments for ankyloglossia and ankyloglossia with concomitant lip-tie. Comparative effectiveness reviews, No. 149.* Rockville : Agency for Healthcare Research and Quality ; 2015.
8. Ghaheer BA, Cole M, Fausei SC et coll. Breastfeeding improvement following tongue-tie and lip-tie release: a prospective cohort study. *Laryngoscope* 2017 ; 127 (5) : 1217-23. DOI : 10.1002/lary.26306.
9. Hill RR, Pados BF. Symptoms of problematic feeding in infants under 1 year of age undergoing frenotomy: a review article. *Acta Paediatr* 2020 ; 109 (12) : 2502-14. DOI : 10.1111/apa.15473.
10. O'Connor ME, Gilliland AM, LeFort Y. Complications and misdiagnoses associated with infant frenotomy: results of a healthcare professional survey. *Int Breastfeed J* 2022 ; 17 (1) : 39. DOI : 10.1186/s13006-022-00481-w.
11. Berry J, Griffiths M, Westcott C. A double-blind, randomized, controlled trial of tongue-tie division and its immediate effect on breastfeeding. *Breastfeed Med* 2012 ; 7 (3) : 189-94. DOI : 10.1089/bfm.2011.0030.
12. Rowan-Legg A, Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee. Ankyloglossia and breastfeeding: position statement. *Paediatr Child Health* 2015 ; 20 (4) : 209-13. DOI : 10.1093/pch/20.4.209.
13. Caloway C, Hersh CJ, Baars R et coll. Association of feeding evaluation with frenotomy rates in infants with breastfeeding difficulties. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2019 ; 145 (9) : 817-22. DOI : 10.1001/jamaoto.2019.1696.
14. Shekher R, Lin L, Zhang R et coll. How to treat a tongue-tie: an evidence-based algorithm of care. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2021 ; 9 (1) : e3336. DOI : 10.1097/GOX.0000000000003336.
15. Slagter KW, Raghoobar GM, Hamming I et coll. Effect of frenotomy on breastfeeding and reflux: results from the BRIEF prospective longitudinal cohort study. *Clin Oral Investig* 2021 ; 25 (6) : 3431-9. DOI : 10.1007/s00784-020-03665-y.



Dévoué,

de l'assurance aux services financiers

Lussier Dale Parizeau devient Lussier.

Orange pour notre approche chaleureuse. Lussier pour la somme de nos acquisitions. Une nouvelle identité pour mieux représenter notre marque rassembleuse.

Une expertise diversifiée

- ✓ Assurance des particuliers
- ✓ Assurance vie et santé
- ✓ Assurance des cliniques
- ✓ Service d'indemnisation 24/7

Lussier

Cabinet de services financiers

1 877 807-3756

[Lussier.co/FM00](https://lussier.co/FM00)