



L'IMPACT DE L'ANKYLOGLOSSIE SUR L'ALLAITEMENT : ÉVALUATION, INCIDENCE ET TRAITEMENT

Elizabeth Coryllos

Les problèmes de frein de la langue trop court (ankyloglossie) sont connus et traités depuis les temps anciens. Si l'amplitude des mouvements de la langue est limitée, cela peut avoir des conséquences sur le développement moteur oral, y compris sur la capacité du bébé à téter efficacement, à déglutir correctement, et à respirer normalement. Cela peut augmenter le risque d'épisodes d'apnée, de mort subite du nourrisson (MSN), de ronflements, d'obstruction nasale, et de RGO. Cela peut affecter le développement de la musculature faciale, la parole, et la dentition. Chez la mère, cela peut provoquer des douleurs mamelonnaires et des mastites. Enfin, cela peut être à l'origine d'une prise de poids faible chez le bébé.

Un texte médical japonais datant de 1025 av. J.-C. évoque l'importance de couper toute membrane qui restreint la pleine étendue de mouvement de la langue de l'enfant. Une intervention précoce était recommandée, afin que l'enfant puisse téter, recevoir du lait et survivre. Dans la Grèce antique (et toujours aujourd'hui), la « sorcière jaune » (probablement une sage-femme) est appelée quand le nouveau-né tète peu, perd du poids et développe un ictère. Elle vient, contrôle le frein de langue, et le coupe avec un de ses ongles affûté (maintenant c'est le plus souvent l'obstétricien qui le fait avec des ciseaux stériles).

Depuis la fin des années cinquante et le développement des préparations pour nourrissons, dans beaucoup de pays, particulièrement aux États-Unis, les laits industriels et les biberons sont devenus « rois ». La plupart des bébés — mais pas tous — peuvent mastiquer une tétine afin d'en extraire du

■ DR ELIZABETH CORYLLOS

Consultante en lactation certifiée IBCLC, chirurgien pédiatrique et Directrice émérite en chirurgie pédiatrique au Winthrop University Medical Center, N.Y. Spécialiste de l'ankyloglossie, elle prépare un atlas consacré au frein lingual.

Le Dr Coryllos a déjà pratiqué plus de 500 freinotomies depuis 1953, et a trouvé les résultats satisfaisants dans tous les cas, et même excellents la plupart du temps, avec peu de complications.

Photos Brian Palmer, DDS

lait. Par contre, le masticage du sein et des mamelons est source de douleurs et conduit donc à des complications. Il est tout à fait inefficace, et a pour résultat un bébé irritable et malheureux, et fréquemment une maman très dépressive. Fort heureusement, on reconnaît maintenant la gravité des problèmes de freins de la langue trop courts et l'importance d'une intervention précoce.

Définition

Le frein de la langue trop court (ankyloglossie) est une condition dans laquelle le dessous de la langue est attaché au plancher de la bouche par une membrane (frein de la langue) de telle manière que l'amplitude des mouvements de la langue est excessivement restreinte. Cela a des conséquences sur différents aspects du développement oral, l'alimentation, la parole, la déglutition et d'autres problèmes associés. Un facteur génétique est probablement en cause, dans la mesure où la présence d'une ankyloglossie est souvent familiale. Une ankyloglossie symptomatique est retrouvée chez environ 6 % de la population.

On parle d'ankyloglossie lorsque la membrane fixant le dessous de la langue au plancher de la bouche ne permet pas une complète séparation de ce plancher, empêchant ainsi la langue d'effectuer l'intégralité des mouvements nécessaires au bon fonctionnement de celle-ci et au modelage du palais. La première conséquence est l'impossibilité d'un transfert de lait adéquat, et ceci même lors de la période essentielle de sécrétion du colostrum.

Aspect d'un frein de langue

La langue « attachée » a un aspect caractéristique. Elle est plate, avec une pointe arrondie et non pointue, et ne dépasse pas la lèvre inférieure. Elle ne peut pas s'élever jusqu'au palais lorsque la bouche est grande ouverte (ce qui est essentiel), ni se déplacer latéralement sans se tordre ou faire s'incurver les bords de la langue. Quand le bébé pleure, la langue reste à plat et essentiellement stationnaire.

Il y a quatre types d'ankyloglossie, selon la zone d'attache du frein lingual sur la pointe de la langue. Les types 1 et 2 se trouvent près de la pointe de la langue et descendent jusqu'à la gencive.

Type 1 : Le frein est attaché à la pointe de la langue, habituellement devant la crête alvéolaire dans le sulcus de la lèvre inférieure.

Type 2 : Le frein se trouve deux à quatre mm derrière la pointe de la langue, attaché sur la crête alvéolaire ou juste derrière.

Type 3 : Le frein va du milieu de la langue au milieu du plancher buccal ; il est en général plus serré et moins élastique.

Type 4 : Le frein part de la base de la langue derrière le muscle oral vers l'arrière du plancher buccal ; il est en général d'aspect brillant, plus épais et plus rigide que les autres types de frein.

Les types 1 et 2, considérés comme les ankyloglossies « classiques », sont les plus courants et évidents, et représentent 75 % des cas. Les types 3 et 4 sont moins fréquents ; étant plus difficiles à visualiser, ils ont le plus de risques de ne pas être traités. Le type 4 est celui qui a le plus de risques de causer des difficultés de contrôle intrabuccal et de gestion du bol alimentaire.

Les mouvements moteurs de la bouche sont différents au biberon et au sein

Un nourrisson peut obtenir du lait d'un biberon sans la dépression importante et la succion efficace nécessaires à une bonne prise de sein. Si l'ankyloglossie du bébé ne lui permet pas de maintenir la langue par-dessus la gencive inférieure pendant la succion, le réflexe de morsure (mâcher) est déclenché⁽²⁴⁾. Un mouvement de « mâchage » est suffisant pour recevoir du lait d'un biberon, mais celui-ci est clairement problématique au sein. Au biberon, le lait peut s'écouler dans la bouche du bébé sans effort, ne sollicitant que faiblement les muscles de la langue, (comme une langue qui se creuse, et aspire pour faire une dépression) contrairement à ce qui est nécessaire pour l'allaitement (Hartmann, communication orale, 2003). L'allaitement requiert un mouvement péristaltique bien défini de la langue, d'avant en arrière, ainsi qu'une synchronisation entre ces mouvements péristaltiques et l'élevage de la langue contre le palais. Certains bébés ont un frein de la langue qui ne leur permet pas non plus de réussir à boire au biberon.

Évaluation et diagnostic

Un examen physique et une observation de la tétée seront conduits, avec une particulière attention aux points suivants :

- L'évaluation de l'étendue des mouvements de la langue doit comprendre le degré d'extension de celle-ci par-dessus la gencive et la lèvre inférieures⁽¹³⁾, l'élévation jusqu'au palais avec une bouche grande ouverte^(10, 13), et les mouvements transversaux d'un coin des lèvres à l'autre sans que la langue ne subisse de torsion. L'élévation de la langue semble être le mouvement le plus important



Adolescent avec frein



Forme en cœur du frein classique



Enfant de trois ans avec frein serré

pour l'allaitement et il devra peser lourdement dans cette évaluation^(8, 20, 25).

- Il faut évaluer l'efficacité du contrôle intra-buccal du bol alimentaire (capacité à maintenir le lait dans le creux de la langue pour une déglutition contrôlée et coordonnée avec la respiration)^(1, 2, 8). Les principaux outils utilisés pour ce faire sont la vidéoradiographie, et une observation minutieuse de l'efficacité du maintien du sein dans la bouche et du transfert de lait effectif. La quantité et le niveau de transfert de lait du sein peuvent être évalués par un test de pesée avant et après la tétée. Les signes d'une coordination imparfaite entre la déglutition et la respiration comportent l'augmentation de la congestion nasale pendant la tétée, une déglutition bruyante, la diminution de la fréquence respiratoire pendant la succion, des épisodes de succion anormalement courts (moins de 10 à 15 mouvements de succion par épisode) et même de courts instants d'apnée⁽²⁴⁾. Si le nourrisson tète, reçoit du lait, et respire correctement pendant une période de plus de 3 à 5 minutes, cela constitue un bon signe clinique de coordination normale de la succion-déglutition-respiration.

- Observez le degré de fatigue et d'irritabilité du bébé (particulièrement important dans le frein de langue postérieur qui est moins apparent à l'examen) pendant et après la tétée, souvent exprimé par des trémulations de la mâchoire et de la langue, un bébé grognon et qui s'arc-boute pendant la tétée, ou bien qui a besoin de téter encore et encore après de courtes périodes de repos.

- Renseignez-vous sur le degré de douleur éprouvé par la mère au niveau des mamelons, et sur la présence de crevasses.

- Recherchez, pour éviter les erreurs de diagnostic ou bien préciser ce diagnostic, les fentes palatines cachées, les déformations faciales, les déficits musculaires ou neurologiques, le muguet, etc. Les ankyloglossies sont relativement souvent rencontrées avec d'autres anomalies congénitales.^(2, 6, 14)

Le traitement chirurgical du frein de langue

La freinotomie est une procédure chirurgicale simple, sans danger et efficace. Elle améliore le confort, rend plus facile et efficace l'allaitement à la fois pour la mère et l'enfant, et a donc de ce fait une influence directe sur l'exclusivité et la durée de l'allaitement pour ces dyades mère-enfant concernées par cette affection. Les bénéfices et résultats autres que l'amélioration de l'allaitement ne relèvent pas de cet article.

Une simple petite incision avec des ciseaux à bouts arrondis suffit généralement, et les saignements sont minimes. C'est beaucoup moins traumatique que de se faire percer les oreilles, et bien moins invasif et douloureux qu'une circoncision. L'auteur préfère habituellement utiliser localement de la benzocaïne sur une petite compresse de coton de chaque côté du frein. Elle a utilisé cette technique avec de bons résultats et sans effets indésirables chez des nourrissons et de jeunes enfants de 0 à 5 ans. Immédiatement après la freinotomie, le bébé est remis au sein et la position est ajustée. Il y a généralement une augmentation immédiate du transfert de lait et du confort maternel^(10, 12-16, 20, 21).

Fort heureusement les complications sont minimes. Très rarement, la libération de la langue n'aide pas l'allaitement, mais aidera plus tard pour la parole. Ce n'est pas nocif pour le bébé. Occasionnellement, des saignements plus importants que les quelques gouttes habituelles peuvent imbiber une compresse de gaze. Habituellement la freinotomie ne semble pas douloureuse, et l'allaitement immédiat en post-opératoire suffit comme analgésie pour le nourrisson.

Pendant, l'auteur suggère de donner à l'enfant des gouttes de paracétamol (10 mg/kg toutes les 4 heures pendant 24 heures) selon les besoins. Une goutte de benzocaïne en local, sur un petit doigt bien propre, peut être utilisée si le lieu de l'intervention semble enflammé pendant les 24 premières heures. Cela peut être appliqué sous la langue là où l'incision a été pratiquée.

Les autres freins buccaux

En plus du frein de langue, il y a d'autres freins dans la bouche (Genna, Weissinger): un frein buccal lie les joues à la gencive; un frein labial relie le haut de la lèvre à la gencive, particulièrement le frein de lèvre supérieure qui rejoint le centre de la lèvre supérieure jusqu'à la gencive. Celui-ci peut empêcher la lèvre de se retrousser correctement.

Un bébé qui ne peut pas retrousser sa lèvre supérieure à cause d'un frein labial trop serré aura besoin de modifier sa position au sein, ou d'avoir une intervention chirurgicale afin de permettre un allaitement efficace. Une maman présentant un mamelon court et un tissu mammaire peu élastique aura des soucis avec un tel bébé, quand bien même elle réussirait à lui faire prendre le sein. Il semble qu'un frein labial inférieur court ou tendu peut causer le même genre de pro-



Frein lacéré par les dents



Frein labial épais. Mauvaise prise de sein, aérophagie



Adulte avec frein labial épais. Espacement des dents.

blème en empêchant la lèvre inférieure de se retrousser.

Conclusion

L'ankyloglossie est une entité clinique à part entière, qui, en présence d'une symptomatologie évocatrice, doit être traitée aussi tôt que possible afin de minimiser les problèmes d'allaitement. Le traitement chirurgical est efficace et sans danger. Les complications sont rares, et une anesthésie générale n'est pas nécessaire.

Elizabeth CORYLLOS ■

Texte tiré de :

*Le frein de la langue congénital
et ses impacts sur l'allaitement,*

Académie américaine de Pédiatrie, 2004

Bibliographie

- Ardran G, Kemp F, Lind J. *A Cineradiographic study of breastfeeding.* Br J of Radiol. 1958; 31 (363): 156-162
- Ardran G, Kemp F. *Some important factors in the assessment of oropharyngeal function.* Dev Med Child Neurol. 1970; 12: 158-166
- Ballard, JL et al. *Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad.* Pediatrics. 2002; 110 (5): e63-e68
- Bosma J, Hepburn L, Josell S, et al. *Ultrasound demonstration of tongue motions during suckle feeding.* Dev Med Child Neurol. 1990; 32: 223-229
- Bullock F, Woolridge M, Baum J. *Development of coordination of sucking, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants.* Dev Med Child Neurol. 1990; 32: 669-678
- Emmanouil-Nikoloussi E, Kerameos -Foroglou C. *Congenital syndromes connected with tongue malformations.* Bull Assoc Anat (Nancy). 1992; 76: 67-72
- Fletcher SG, Meldrum J.-R. *Lingual function and relative length of the lingual frenulum.* J Speech Hearing Res 2. 1968; 382-390
- Genna CW. *Breastfeeding and tongue-tie.* Leaven. 2002; 38 (2): 27-29
- Glass RP, Wolf LS. *Incoordination of sucking, swallowing and breathing as an etiology for breastfeeding difficulty.* J Hum Lact. 1992; 10 (3): 185-189
- Hazelbaker AK. *Assessment Tool for Lingual Frenulum Function.* Columbus, OH: Privately printed; 1992.
- Hingley G. *Ankyloglossia clipping and breastfeeding.* J Hum Lact. 1990; 6: 103
- Jain E. *Video: Tongue-tie: Impact on Breastfeeding [videotape].* Calgary, Alberta, Canada: Lakeview Breastfeeding Clinic; 1996
- Kotlow LA. *Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic and treatment quandary.* Quintessence Int. 1999; 30 (4): 259-262
- Lalakea ML, Messner AH. *Ankyloglossia: does it matter?* Pediatr Clin North Am. 2003; 50: 381-397
- Lalakea ML, Messner AH. *Frenotomy and frenuloplasty: if, when, and how.* Otolaryngol Head Neck Surg. 2002; 3: 93-97
- Marmet C, Shell E, Marmet R. *Neonatal frenotomy may be necessary to correct breastfeeding problems.* J Hum Lact. 1990; 6 (3): 117-121
- Messner AH, Lalakea ML, Aby J, MacMahon J, Bair E. *Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties.* Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2000; 126: 36-39
- Messner AH, Lalakea ML. *Ankyloglossia: controversies in management.* Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2000; 54: 123-131
- Mukai S, et al. *Ankyloglossia with deviation of the epiglottis and larynx.* Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl 1991; 153,3-20
- Palmer B. *The Influence of breastfeeding on the development of the oral cavity: a commentary.* J Hum Lact. 1981; 14 (2): 93-98
- Ross MW. *Back to the breast: retraining infant suckling patterns.* Lactation Consultant Series; Wayne, NJ; Avery Publishing Group; 1987
- Salloum, AC, MD, MA. *Student IV paper for « Medicine in Contemporary Society ».* Stonybrook Medical School, SUNY; 2003
- Wiessinger D, Miller M. *Breastfeeding difficulties as a result of tight lingual and labial frena: a case report.* J Hum Lact 1995; 11 (4): 313-316
- Wolf LS, Glass RP. *Feeding and Swallowing Disorders in Infancy: Assessment and Management.* Tucson, AZ; Academic Press, Inc; 1992
- Woolridge M. *The anatomy of infant sucking.* Midwifery. 1986; 2: 164-171